

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA CRISE DE L'ENFERMEMENT ASILAIRE AU QUÉBEC  
À L'ORÉE DE LA RÉVOLUTION TRANQUILLE

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN HISTOIRE

PAR  
CATHERINE DUPREY

OCTOBRE 2007

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

C'est au terme de quatre années de travail parsemées de péripéties et d'embûches que je dépose enfin ce mémoire. En effet, les années 2003-2007 représentent une période charnière inoubliable qui marquera à jamais le parcours de ma vie.

J'aimerais tout d'abord remercier mes professeurs, Jean-Marie Fecteau et André Cellard, qui, dans mes nombreux moments de doute, m'ont incitée à persévérer et à me surpasser. Votre passion pour l'histoire et pour l'enseignement universitaire a suscité en moi une grande admiration et, pour cela, vous méritez tout mon respect. Merci à Jean-Marie et à Sophie pour votre apport crucial dans le dernier mois inoubliable qui a précédé le dépôt final du mémoire.

À mes amis les plus fidèles, vous m'avez accompagnée, écoutée et soutenue dans cette expédition. Vous m'avez permis de m'évader un peu lorsque mon horaire chargé le permettait. Vous avez respecté mon choix de m'investir dans mes études, vous m'avez comprise et pardonnée quand je ne pouvais être avec vous...Merci.

Ma sœur, tu es à l'origine même de mon intérêt pour la psychiatrie et de mon empathie envers tous ceux qui souffrent de la maladie mentale. Généreuse, tu as été la première lectrice de ce mémoire et j'en suis honorée.

À Hugo, tu es arrivé dans ma vie au moment où je m'y attendais le moins et tu es resté malgré tout alors que je pensais te voir partir. Tu m'as accompagnée dans les moments où j'avais le plus besoin qu'on me prenne la main, tu m'as encouragée quand j'ai voulu baisser les bras, tu m'as soutenue jusque dans les derniers moments... Merci à la vie de t'avoir mis sur mon chemin.

Papa, maman, vous avez été les témoins privilégiés de cette aventure. Je ne vous remercierai jamais assez de m'avoir soutenue continuellement tout au long de mes études et

ce, depuis mon enfance. J'ai eu la chance de recevoir dans le nid familial tout l'amour dont j'avais besoin pour m'aider à cheminer dans la vie et ainsi devenir une jeune femme accomplie. Une grande partie de mon diplôme ira donc à vous chers parents, qui avez si bien su partager avec moi vos valeurs, votre vécu et votre goût d'apprendre.

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	vii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
MISE EN CONTEXTE ET SURVOL HISTORIOGRAPHIQUE.....	13
1.1 L'histoire institutionnelle et la critique du modèle asilaire .....	14
1.1.1 Les courants internationaux.....	14
1.1.2 Les auteurs québécois.....	17
1.2 Le XX <sup>e</sup> siècle, la psychiatrie et les origines du mouvement de désinstitutionnalisation .....	27
1.2.1 Évolution de la thérapeutique et des connaissances .....	28
1.2.2 Le mouvement de critiques du système asilaire et l'approche communautaire .....	32
1.3 Conclusion .....	36
CHAPITRE II	
LE DÉVELOPPEMENT DU RÉSEAU DE SANTÉ AU QUÉBEC .....	39
2.1 Le Québec et la Loi de l'assistance publique de 1921 .....	39
2.2 Le dilemme fédéral-provincial et la sécurité sociale .....	42
2.2.1 Le programme de subventions à la santé nationale de 1948 .....	44
2.3 La psychiatrie et le réseau asilaire québécois .....	46
2.3.1 Intérêt grandissant pour la santé mentale .....	46
2.3.2 L'application du programme fédéral de 1948 en psychiatrie.....	52
2.4 Laïcisation du personnel .....	54
2.5 Conclusion .....	60

### CHAPITRE III

L'ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE THÉRAPEUTIQUE .....	63
3.1 Les traitements somatiques : la psychopharmacologie et l'approche biologique.....	63
3.1.1 La découverte des neuroleptiques .....	64
3.1.2 Les effets positifs.....	69
3.1.3 Quelques mises au point.....	76
3.2 Les traitements psychologiques : la psychothérapie et l'approche psychanalytique .....	83
3.2.1 Les origines des traitements psychologiques .....	84
3.2.2 La psychanalyse .....	84
3.2.3 Les autres types de psychothérapies.....	88
3.3 Vers une médecine psychosomatique .....	91
3.4 Les congrès mondiaux et associations de psychiatrie.....	93
3.5 Conclusion .....	95

### CHAPITRE IV

LA PSYCHIATRIE DANS LA SOCIÉTÉ .....	99
4.1 Nouvelle vision de la psychiatrie.....	99
4.1.1 La Faculté de médecine et le département de psychiatrie .....	100
4.1.2 La formation du praticien .....	102
4.1.3 Le développement de la médecine psychosomatique.....	106
4.1.4 La création d'une équipe professionnelle.....	109
4.1.5 Reconnaissance de l'implication de la famille .....	111
4.1.6 Les méfaits de l'institutionnalisation.....	114
4.2 Origines d'une nouvelle approche : la psychiatrie communautaire et l' <i>open-door</i> .....	118
4.2.1 La psychiatrie dans les hôpitaux généraux .....	119
4.2.2 La déficience mentale et les institutions spécialisées.....	124
4.2.3 L'hôpital psychiatrique repensé .....	129
4.2.4 La communautarisation .....	132
4.3 Conclusion .....	136

## CHAPITRE V

LA CRISE FINALE : LA FIN DE L'ASILE? .....	139
5.1 Le combat des psychiatres : modernistes et traditionalistes .....	139
5.2 Les grands scandales.....	143
5.2.1 L'aile des fous de Bordeaux.....	143
5.2.2 Le poste de police no 1 .....	147
5.2.3 Le livre <i>Les fous crient au secours</i> et Saint-Jean-de-Dieu .....	148
5.3 Le Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques .....	162
5.3.1 La mise en place de la Commission Bédard.....	164
5.4 Les conclusions du rapport Bédard.....	166
5.5 La réception du rapport Bédard au Québec .....	172
5.6 Conclusion .....	176
CONCLUSION .....	179
BIBLIOGRAPHIE .....	196

## RÉSUMÉ

L'évolution de la psychiatrie au XX<sup>e</sup> siècle est intimement liée au développement du réseau de santé du Québec, qui connaît un essor fulgurant sous l'impulsion donnée par des politiques gouvernementales. Or, malgré les investissements soutenus de l'État, le déploiement du réseau de santé, particulièrement dans le secteur de la psychiatrie, ne parvient pas à combler la demande grandissante en soins médicaux, si bien que l'on peut alors parler d'une crise de croissance. Afin de répondre à la pénurie de main-d'œuvre, le personnel laïc envahit rapidement le milieu hospitalier québécois, dont les communautés religieuses n'arrivent plus à combler les besoins. En outre, le contexte de la Deuxième Guerre mondiale marque un changement de cap important dans la psychiatrie occidentale tandis que se développe une pratique thérapeutique nouvelle venant révolutionner la manière de soigner la folie. En effet, la découverte des neuroleptiques au début des années 1950, jumelée à l'émergence de la psychothérapie, permet au malade de reprendre contact avec le monde qui l'entoure et fait naître l'espoir d'une réinsertion sociale. Avec un discours médical plus optimiste au sujet de la maladie mentale, les disciplines psychiatrique et psychologique connaissent un essor flamboyant dans l'après-guerre et s'imposent rapidement dans les milieux universitaires. De la fusion entre les courants biologique et psychologique émane une approche globale des soins de santé qui fait désormais appel à une équipe multidisciplinaire de professionnels. Avec la médecine psychosomatique, le lien qui se développe entre le patient et le médecin prend une importance capitale dans le processus thérapeutique. La récente curabilité de la maladie mentale vient donc remettre en question l'internement comme solution unique à la folie. La légitimité de l'internement étant compromise, on assiste alors aux débuts d'un mouvement contestataire international au sujet de l'asile. La publication d'études-chocs ne fait qu'aviver davantage ce courant antipsychiatrique qui déferle partout en Occident. La communautarisation devient alors une alternative au modèle asilaire. L'approche communautaire vise à dispenser des services psychiatriques plus spécialisés sur une base régionale, notamment par l'intégration de département de psychiatrie dans les hôpitaux généraux et par la création d'institutions de soins adaptées à une clientèle particulière. C'est sur cette toile de fond idéologique que se dessine la révolution psychiatrique des années 1950 au Québec, au cours de laquelle s'opposent les jeunes psychiatres aux idées modernistes et les psychiatres conservateurs. À partir du recensement des revues médicales, des journaux, des archives, des documents officiels et des différents ouvrages, ce mémoire propose une analyse des grands discours qui animent la communauté psychiatrique de l'époque. Il cherche à faire connaître davantage cette période charnière marquée par le passage de l'enfermement à l'intégration de la folie, période qui reste encore très peu abordée dans l'historiographie québécoise. En plus d'intégrer la problématique dans une dimension internationale, ce mémoire présente la révolution psychiatrique à la lumière du contexte de mutation qui s'opère au sein de la société québécoise à l'aube de la Révolution tranquille. Il souligne aussi l'importance des scandales médiatisés dans l'écroulement du système asilaire et de ses partisans, et leur contribution dans la montée d'un mouvement de changement en psychiatrie. Finalement, ce mémoire se termine avec les conclusions du Rapport Bédard de 1962 qui concrétisent de manière officielle la volonté de modernisation de la psychiatrie animée par la nouvelle génération de psychiatres québécois.

Mots-clés: Psychiatrie – Désinstitutionnalisation – Asile – Folie – Maladie mentale



## INTRODUCTION

Elle a franchi la grille, cette frontière entre le monde libre et celui des fous. Et je ne peux m'empêcher de constater la cruauté de cette société moderne, qui se dit civilisée, quand je sais comment sont traitées six mille personnes vivant sous un régime de dictature, quand je constate que, sous le paravent de la charité chrétienne, on traite comme des prisonniers des êtres humains qui n'ont pour toute culpabilité que d'être de ce côté-ci de la barrière, malades et méconnus...<sup>1</sup>

Quoi de mieux que les mémoires d'un ex-patient psychiatisé pour résumer ce qu'a été l'asile pour un nombre incalculable de malades qui y ont vécu? Ces mots sont ceux qui habitent Jean-Charles Pagé, un patient de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, au moment où sa femme, venue lui rendre visite, s'apprête à quitter les imposants murs qui enferment les marginaux et les intraitables loin de la société et qui séparent le fou des sains d'esprit. Nous sommes alors en 1961. À l'époque, plus de 20 000 aliénés sont internés dans les asiles québécois<sup>2</sup>.

L'internement asilaire au Québec remonte au XIX<sup>e</sup> siècle. Le traitement moral, fort prometteur, laisse entrevoir pour la première fois l'espoir de guérir le fou. Malheureusement, la multiplication des échecs en cette matière fait rapidement naître un fatalisme thérapeutique en psychiatrie. Au début du XX<sup>e</sup> siècle, le mystère de la folie ne peut être percé, l'inexplicable ne peut être expliqué. Les asiles deviennent alors des microsociétés fortifiées où l'on isole les fous au ban de la société. Entassé avec des centaines de ses semblables, le fou vit dans son monde, là où l'imaginaire se confond avec le réel. Devant l'incapacité de la société à soigner la folie, l'internement à perpétuité apparaît comme l'unique solution pour ces *incurables*. La mission thérapeutique à l'origine de l'asile fait place à une nécessité de loger ces malades dont le nombre ne cesse de s'accroître. Dans les asiles francophones du

---

<sup>1</sup> Jean-Charles Pagé, *Les fous crient au secours*, Montréal, Éditions du Jour, 1961, p.28.

<sup>2</sup> Françoise Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 2003, p.38-39.

Québec, cette tâche d'hébergement sera exclusivement l'affaire de l'Église qui veille au salut de l'âme de ces malades. Les deux principaux établissements psychiatriques de la province sont l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu<sup>3</sup> pour le district de Montréal et l'Hôpital Saint-Michel-Archange<sup>4</sup> pour le district de Québec. À l'aube des années 1960, ces deux établissements psychiatriques regroupent plus de la moitié de la population internée au Québec<sup>5</sup>.

Puis, près de 50 ans s'écoulent. Au loin, un fou se balade sur le trottoir, traverse la rue, erre dans un centre commercial et casse la croûte au restaurant du quartier. Il paraît même qu'il travaille au dépanneur du coin. Nous sommes en 2007.

Les choses ont bien changé depuis l'époque où Pagé séjournait à l'asile. De nos jours, les malades mentaux font partie intégrante de la société québécoise. Chaque quartier possède ses centres d'hébergement, ses résidences de groupe, ses appartements supervisés et ses organismes destinés à favoriser l'intégration sociale de ces bénéficiaires. Les malades les plus aptes à la vie en société sont intégrés dans les établissements scolaires publics, travaillent et même parfois vivent de manière autonome en appartement. Le regard de la société envers cet *Autre* a grandement évolué pour que le fou soit intégré de la sorte. Certes, le fou, de par son altérité, est encore de nos jours le centre d'attraction du lieu. On ne manque pas d'épier ses réactions étranges. On s'arrête quelques secondes pour l'observer. Et, en souriant, on poursuit notre chemin. Après tout, les fous sont des êtres humains à part entière : ils peuvent craindre et pleurer, mais aussi rire et aimer.

Que s'est-il passé? Pourquoi le fou est-il sorti de l'asile? Est-ce cela, la désinstitutionnalisation?

---

<sup>3</sup> Créé en 1873, l'Hospice Saint-Jean-de-Dieu change de nom pour l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Depuis 1976, l'hôpital psychiatrique se nomme l'Hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine.

<sup>4</sup> Asile de Beauport (1845-1893), Asile Saint-Michel Archange (1893-1923), Hôpital Saint-Michel-Archange (1923-1976), Centre Hospitalier Robert-Giffard (1976- ).

<sup>5</sup> Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, p. 37-38.

Le retour massif des malades psychiatriques au sein la société est un phénomène d'envergure qui s'est opéré dans l'ensemble des sociétés occidentales selon des rythmes différents. Dans la majorité des cas, ce mouvement de retour a été mis en branle par des politiques dictées par l'État. C'est ce qu'on a appelé la désinstitutionnalisation. Mais, cette désinstitutionnalisation est un phénomène complexe et, par conséquent, difficile à définir. Rares sont les auteurs qui s'y risquent. S'agit-il d'une politique sociale, d'un moyen thérapeutique ou d'une solution économique ? Difficile de répondre à cette question. Chose certaine, la politique de désinstitutionnalisation se donne comme objectif d'offrir des soins au sein même de la collectivité aux personnes atteintes d'une maladie mentale. L'idéologie qui prime cherche à maintenir les malades dans leur milieu de vie et à assurer la réinsertion sociale des patients institutionnalisés.

Au Québec, ce passage de l'asile à la désinstitutionnalisation des malades mentaux représente une étape fondamentale qui émane de la révolution psychiatrique des années 1950. C'est à l'étude de cette période de transition entre l'enfermement et la réintégration sociale que ce mémoire s'intéresse. La période 1950-1962 est située à mi-chemin entre l'hégémonie de l'asile et l'émergence de l'approche communautaire. Elle illustre parfaitement l'affrontement de deux idéologies opposées dans la prise en charge de la folie : le rejet et l'intégration. En outre, les années 1950-1962 annoncent le développement d'une psychiatrie moderne au Québec et s'inscrivent dans un contexte occidental en pleine effervescence en ce qui a trait à la recherche psychiatrique. Cette renaissance de la psychiatrie se situe au croisement de deux tendances dans ce domaine, à savoir l'approche biologique et l'approche psychologique. Le contexte bouillonnant de l'époque devient un terrain propice à une lutte de pouvoir retentissante entre les différents groupes d'influence au Québec, lutte qui prendra davantage d'ampleur avec la Révolution tranquille des années 1960.

L'année 1950 s'ouvre avec la tenue à Paris du premier Congrès mondial de psychiatrie, qui réunit des représentants de plusieurs pays. Présidé par le psychiatre français Jean Delay, cet évènement témoigne d'un emballement renouvelé en psychiatrie et d'une volonté de promouvoir la recherche psychiatrique. Il permet également de faire le point sur les connaissances de la communauté psychiatrique internationale au sujet de la maladie mentale.

Au cours du XX<sup>e</sup> siècle, la folie semble être devenue un véritable fléau en Occident du fait que le nombre de malades déclarés ne cesse d'augmenter. La schizophrénie, maladie responsable d'une importante fraction des maladies chroniques, occupe l'avant-scène des discussions du congrès. L'idée de la désinstitutionnalisation des fous fait son chemin. L'objectif des psychiatres présents au congrès est clair : trouver une solution à la maladie mentale afin d'éviter la chronicité. Mais les congressistes ne pouvaient prévoir qu'au même moment, des chercheurs des Laboratoires Rhône-Poulenc procédaient à la synthèse d'une nouvelle molécule, la chlorpromazine qui, à partir de 1952, viendra révolutionner à jamais le traitement de la folie.

Enfin, au Québec, l'année 1962 donne lieu au dépôt du Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques. L'impact du rapport Bédard est majeur, car il annonce le début d'une réforme du système psychiatrique québécois qui aura des répercussions fondamentales sur l'avenir de la psychiatrie au Québec. Ses auteurs, les D<sup>rs</sup> Bédard, Lazure et Roberts, insistent sur l'urgence d'agir et proposent une décentralisation, une diversification, un accroissement et une communautarisation des soins psychiatriques. Ainsi, le rapport Bédard vient en quelque sorte mettre un terme aux querelles qui adviennent au sein du milieu psychiatrique en stipulant une ligne d'action claire à suivre. La réforme qui suivra ce document va donner toute l'impulsion nécessaire à la politique de désinstitutionnalisation de la fin des années 1960.

Pour bien comprendre le débat sur l'avenir de la psychiatrie au Québec qui émerge dans les années 1950, un éventail diversifié de sources a été utilisé afin d'obtenir des données riches et variées. Le choix d'une source unique aurait donné une vision trop unitaire ou monolithique de la situation, ce qui n'aurait pas été représentatif des différentes tendances idéologiques que cette étude se donne justement pour objectif de mettre en lumière.

La base de ce mémoire repose sur le dépouillement intégral de revues médicales canadiennes publiées entre 1950 et 1962 dans lesquelles des médecins et des psychiatres du Québec publient des textes.

La volumineuse revue l'*Union médicale du Canada*<sup>6</sup> renferme un nombre impressionnant d'articles portant sur la psychiatrie. Plusieurs types de textes y sont présentés : comptes rendus de congrès ou de réunions, résumés de livre, textes d'opinion, présentations d'études cliniques, etc. Les sujets abordés sont également très variés et vont de l'impact de la pharmacologie à l'intégration de la psychiatrie dans l'hôpital général. Une grande partie des auteurs recensés pour ce mémoire sont des professionnels du milieu de la santé au Québec, tels que les D<sup>rs</sup> François Cloutier, Marcel Berthiaume, Camille Laurin et Jean-Marc Bordeleau. Les textes sont inspirés d'idées généralement modernes, souvent appuyées par la présentation d'expériences étrangères. Le *Laval médical*<sup>7</sup>, quant à lui, est l'organe de la Société médicale des hôpitaux de l'Université Laval. Cette revue publie les textes d'auteurs oeuvrant dans le milieu hospitalier de la ville de Québec, notamment le D<sup>r</sup> Jules Lambert de l'Hôpital Saint-Michel-Archange et le D<sup>r</sup> Charles A. Martin de la Clinique Roy-Rousseau<sup>8</sup>. Les articles de fond qu'on y retrouve se comparent avec ceux retrouvés dans l'*Union médicale du Canada*, les sujets traités étant sensiblement les mêmes.

Parmi les revues médicales dépouillées, le *Canadian Medical Association journal*<sup>9</sup> et le *Canadian Psychiatric Association journal*<sup>10</sup> sont sans contredit les périodiques qui possèdent le caractère le plus scientifique et qui témoignent de l'intensité et de l'ardeur de la recherche et de la pratique au sein de la communauté médicale canadienne-anglaise. La richesse du vocabulaire psychiatrique en est un exemple. Les articles sont majoritairement écrits en anglais et présentent des résumés d'études cliniques et des comptes-rendus d'expériences

---

<sup>6</sup> Association des médecins de langue française, *L'Union médicale du Canada*, Québec, Union médicale du Canada Montréal, 1950-1962.

<sup>7</sup> Société médicale des hôpitaux universitaires de Laval, *Laval médical*, Québec, Faculté de médecine, Université Laval, 1950-1962.

<sup>8</sup> Ouverture de la Clinique Roy-Rousseau (1er juillet 1926). Fusion avec le Centre hospitalier Robert-Giffard en 1996.

<sup>9</sup> Canadian Medical Association, *Canadian Medical Association journal*, Toronto, Association, 1950-1962.

<sup>10</sup> Canadian Psychiatric Association, *Canadian Psychiatric Association journal*, Ottawa, Canadian Psychiatric Association, 1956-1962.

diverses. La psychopharmacologie occupe une place particulièrement importante dans les sujets recensés. Les auteurs, parmi lesquels on retrouve entre autres les D<sup>rs</sup> H. Azima, Heinz E. Lehmann, Charles Roberts, Henri F. Ellenberger, Jules Lambert et Paul Larivière, écrivent des articles adéquatement documentés renfermant souvent des résultats cliniques détaillés, qui précisent par exemple la quantité d'une dose, les pourcentages de réussite et le nombre de cas étudiés.

Offrant une approche différente des autres périodiques étudiés, *l'Hôpital d'aujourd'hui*<sup>11</sup> sert d'organe à l'Association des administrateurs d'hôpitaux de la province de Québec. Les articles dépouillés suscitent l'intérêt non pas pour leur contenu scientifique, mais plutôt parce que l'élément religieux domine le discours des textes, qui sont quelquefois signés par des religieuses qui oeuvrent dans les hôpitaux de la province.

Enfin, les articles trouvés dans le *Montréal médical*<sup>12</sup>, formé de la fusion du bulletin *Le Doc*<sup>13</sup> et du *Bulletin laënnec*<sup>14</sup> également dépouillés, présentent un portrait général des idées véhiculées en psychiatrie aux étudiants en médecine de l'Université de Montréal. Des médecins diplômés, tels que les D<sup>rs</sup> Camille Laurin et Jean-Baptiste Boulanger, y publient des textes.

Ces revues médicales sont une source d'information inestimable pour ceux qui s'intéressent à l'évolution du discours médical au Québec. Étant donné qu'ils sont destinés à un lectorat de professionnels, la lecture de ces articles nécessite une certaine connaissance du vocabulaire médical. Dans l'ensemble des textes recueillis, environ 150 articles ont été utilisés dans ce mémoire. Les articles ont été sélectionnés selon que leur contenu englobait

---

<sup>11</sup> Fédération des administrateurs d'hôpitaux de la Province de Québec, *L'Hôpital d'aujourd'hui*, Montréal, Fédération des administrateurs des services de santé et des services sociaux du Québec, 1955-1962.

<sup>12</sup> Université de Montréal, Faculté de médecine, *Montréal médical*, Montréal, 1957-1962.

<sup>13</sup> Université de Montréal, Faculté de médecine, *Le Doc*, Montréal, 1951-1957

<sup>14</sup> Université de Montréal, Faculté de médecine, *Bulletin laënnec*, Montréal, 1951-1955

l'un ou plusieurs des types d'informations suivants : présentation de facteurs de crise dans les milieux médical et psychiatrique, données sur les techniques thérapeutiques utilisées, renseignements sur le rôle social joué par la psychiatrie et par le psychiatre, et textes d'opinion sur la situation de la psychiatrie dans les années 1950.

La révolution psychiatrique ne concerne pas uniquement les médecins. En effet, le témoignage des malades mentaux, principaux intéressés, s'avère des plus importants. Publié en 1961, le livre-choc *Les fous crient au secours*<sup>15</sup> relate le récit autobiographique de Jean-Charles Pagé, un ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu. Vendu à plus de 40 000 exemplaires, ce livre a eu un impact majeur dans la sensibilisation de l'opinion publique au sort réservé aux malades mentaux dans les asiles. Ce témoignage, appuyé par la postface du D<sup>r</sup> Laurin, offre un portrait à la fois unique et cinglant sur ce qu'est la vie quotidienne dans un asile québécois en ce début des années 1960.

Le message des psychiatres et de Pagé n'aurait jamais eu un impact si décisif dans l'histoire de la folie sans l'aide des journalistes. En effet, les journaux grand public vont jouer un rôle essentiel dans la propagation d'un sentiment d'indignation au sein de la population. La compilation d'articles de journaux s'avérait donc indispensable.

L'hebdomadaire *Vrai*<sup>16</sup>, dépouillé au complet de 1954 à 1959, est l'un des premiers journaux à avoir dénoncé la situation critique du réseau psychiatrique du Québec. Fondé par Jacques Hébert, le *Vrai* propose des articles d'opinion dans lesquels les journalistes n'hésitent pas à contester le système en place. L'Hôpital de Bordeaux représente la cible des critiques les plus virulentes.

---

<sup>15</sup> Pagé, *Les fous crient au secours*, 156 p.

<sup>16</sup> *Vrai*, Montréal, 1954-1959.

Les articles recueillis dans *La Presse*<sup>17</sup> et *Le Devoir*<sup>18</sup> permettent de prendre connaissance de la montée d'un véritable mouvement contestataire entourant la psychiatrie dans la société québécoise du début des années 1960. Les journaux ont été sollicités comme source uniquement à titre complémentaire dans le but de documenter la réaction à certains scandales au sujet des asiles et la montée de la contestation débouchant sur le rapport Bédard. Le dépouillement des deux quotidiens s'est effectué à partir de dates précises correspondant à des événements d'importance. Premièrement, les quotidiens publiés entre la sortie du livre *Les fous crient au secours* le 15 août 1961 et l'annonce de la création d'un comité d'enquête sur les hôpitaux psychiatriques le 8 septembre 1961 ont été dépouillés. Ces articles font état des différentes réactions qui vont suivre la publication de ce livre, notamment celles des présidents syndicaux et de l'Association des auxiliaires de Saint-Jean-de-Dieu. Deuxièmement, d'autres articles ont été recueillis à partir du 29 mars 1962, date coïncidant avec la présentation publique des conclusions du rapport Bédard. La couverture médiatique de la situation du système psychiatrique est considérable, comme on le verra au chapitre 5. Les titres provocateurs qu'on y retrouve évoquent très bien le climat qui règne au sein de l'opinion publique alors que la crise du réseau psychiatrique s'enflamme au début des années 1960.

Au cours des travaux de la commission d'enquête, des articles ont également été repérés dans la revue *Cité Libre*<sup>19</sup>. Ces textes d'opinion, principalement écrits par des médecins tels que Camille Laurin, Gilles Lortie et Pierre Lefebvre, démontrent un appui incontestable aux commissaires et ce, avant même la publication officielle du rapport.

---

<sup>17</sup> *La Presse*, Montréal, août 1961 à septembre 1961 et mars 1962.

<sup>18</sup> *Le Devoir*, Montréal, août 1961 à septembre 1961 et mars 1962.

<sup>19</sup> *Cité Libre*, Montréal, Syndicat coopératif d'édition cité libre, 1950-1962.



Cette étude ne pouvait faire l'économie de l'analyse minutieuse du rapport Bédard<sup>20</sup> de 1962. Ce document de 157 pages est précieux pour ce mémoire puisqu'il s'inspire des grandes idées véhiculées dans le milieu psychiatrique dans les années 1950. Le rapport Bédard témoigne d'un désir de changement et d'une volonté d'appropriation totale de la sphère de la santé mentale par les médecins et les psychiatres. De plus, il fournit des renseignements quantitatifs et qualitatifs fort intéressants sur chacun des hôpitaux psychiatriques visités par les commissaires en 1961 : le type d'administration, la taille de l'établissement, le personnel qui y travaille, le genre de traitements donnés, les services dispensés, les activités de recherche et de formation, etc. Ces informations permettent de se forger une certaine idée des établissements psychiatriques de l'époque puisque l'insuffisance des données statistiques est une carence avec laquelle tous les travaux qui portent sur les établissements psychiatriques dans les années 1950 doivent composer.

L'annexe 2 du Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social<sup>21</sup>, communément appelé rapport Castonguay-Nepveu, présente un portrait intéressant de l'évolution du réseau de santé au Québec et quelques renseignements statistiques utiles. Il a servi notamment pour le chapitre 2.

La consultation des archives du ministère des Affaires sociales du Québec<sup>22</sup> a permis de trouver des lettres officielles qui émanent de la Division des hôpitaux psychiatriques ainsi que des correspondances générales à propos de bénéficiaires.

---

<sup>20</sup> Rapport Bédard, Ministère de la Santé, *Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, Dominique Bédard, Denis Lazure et Charles A. Roberts, Québec, Éditeur officiel, 1962, 157 p.

<sup>21</sup> Rapport Castonguay-Nepveu, Ministère de la Santé, *L'évolution des services de santé et des modes de distribution des soins au Québec*, Jean-Yves Rivard, Gilbert Blain, Jean-Claude Martin et Yolande Taylor, annexe 2, Québec, Éditeur officiel, 1970, 125 p.

<sup>22</sup> Archives nationales du Québec, *Fonds du Ministère de la santé et des services sociaux*, E8, Division des hôpitaux psychiatriques, 1960-01-484/ 198, 1960-01-484/ 199, 1960-01-484/ 201, 1960-01-484/ 202 et Commission des allocations sociales 1960-01-580/ 33.

Enfin, il reste à noter que quelques brèves biographies sont intégrées en notes de bas de page à titre informatif uniquement. Ces renseignements de base proviennent de divers sites internet.

Divisé en cinq chapitres, ce mémoire voit en la révolution psychiatrique des années 1950 un tremplin vers la montée du mouvement contestataire des années 1960, qui aboutit avec le rapport Bédard de 1962. Il souhaite mettre en lumière le courant de pensée optimiste qui traverse la psychiatrie occidentale au mitan du XX<sup>e</sup> siècle et qui va ouvrir la voie à de grandes espérances, dont l'espoir de pouvoir enfin guérir la folie et de permettre à des milliers d'individus de vivre et de s'épanouir dans la société.

Le premier chapitre est consacré à la présentation de l'historiographie. Il permet donc de bien situer le mémoire dans son contexte sociotemporel et de l'insérer dans l'état actuel des connaissances. Ce chapitre est consacré à l'examen de deux modes de prises en charge qui vont se succéder dans l'histoire de la folie au XX<sup>e</sup> siècle : le modèle institutionnel et le mouvement de désinstitutionnalisation. Il passe en revue la littérature occidentale et la littérature québécoise qui portent sur ces deux approches, de même que les critiques qu'elles ont suscitées chez différents auteurs. Les pistes de questionnement soulevées par ce passage de l'enfermement des fous à une politique de réintégration des malades sont nombreuses. D'où vient l'asile et qu'est-ce qui explique sa dégénérescence aussi rapide? En quoi la désinstitutionnalisation est-elle venue combler les tares de l'internement des fous? Comment les nouveaux modèles théoriques développés ailleurs en Occident seront-ils adaptés à la réalité québécoise en matière de pratique psychiatrique?

À partir des diverses pistes de réflexion soulevées par ce survol historiographique, le deuxième chapitre est une sorte d'entrée en matière qui permet de faire connaissance avec le développement du réseau psychiatrique québécois dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Il montre le parallèle entre l'évolution fulgurante du système de santé au Québec et celle du milieu psychiatrique, évolutions rendues possible grâce à d'importantes politiques publiques introduites par l'État. Ce chapitre se propose donc d'expliquer l'impact direct de ces politiques gouvernementales sur l'état du réseau psychiatrique au début des années 1950. Il

démontre en quoi la situation de la psychiatrie va générer une crise. Mais, de quel genre de crise s'agit-il? Comment sera-t-elle gérée?

Le troisième chapitre présente l'essor phénoménal que prendront les traitements thérapeutiques à partir de la Deuxième Guerre mondiale et leur implication réelle dans la pratique psychiatrique. Il introduit le lecteur à deux courants fondamentaux en psychiatrie : le courant biologique et le courant psychologique. Il cherche à comprendre le développement respectif des deux approches, leur définition, leurs innovations et surtout leurs conséquences directes sur la remise en question du système asilaire. Le chapitre 3 répond aux questions suivantes : en quoi les nouvelles connaissances apparaissent-elles comme révolutionnaires? Les traitements somatiques et psychologiques sont-ils nécessairement irréconciliables? Comment la communauté psychiatrique du Québec réagit-elle face à ces nouveaux progrès en psychiatrie?

Le chapitre 4 s'inscrit dans le prolongement du chapitre précédent. Il s'interroge sur l'impact des avancées thérapeutiques en psychiatrie sur l'orientation donnée à la pratique psychiatrique. L'argumentation présentée vise à prendre connaissance de la redéfinition du rôle de la psychiatrie dans la société. Il s'agit de comprendre comment la pratique psychiatrique va s'adapter aux nouveaux changements et chercher à se moderniser. Cela implique-t-il une réorganisation de la formation universitaire? Comment, à partir du discrédit dans lequel est tombé l'asile, l'approche communautaire prend-elle vie? Que fait-on des asiles alors?

Enfin, le dernier chapitre débouche sur l'apogée de la crise de la psychiatrie au Québec et ses débordements sur la place publique. Il souligne le rôle des médias et l'impact du livre *Les fous crient au secours* dans la montée d'un courant contestataire de l'asile et se termine par l'analyse du rapport Bédard. Comment le rapport parvient-il à répondre à la crise? En quoi devient-il l'initiateur d'une politique de désinstitutionnalisation? Quelles réactions lui réservent les politiciens? Les médias? L'opinion publique? Comment la révolution psychiatrique des années 1950 va-t-elle s'exprimer dans le contexte de la Révolution tranquille des années 1960?

Le mouvement de réintégration des fous dans la société a soulevé l'intérêt de nombreux auteurs appartenant à diverses disciplines. Sociologues, travailleurs sociaux, médecins, psychiatres et historiens ont cherché à analyser les répercussions de la politique de désinstitutionnalisation dans la société ainsi que ses réussites et ses lacunes. Au Québec, parmi les ouvrages qui portent un regard sur l'histoire de la folie, certains ont orienté leurs travaux sur l'institution asilaire et d'autres, sur l'application des politiques de désinstitutionnalisation à partir du rapport Bédard de 1962. La période de transition entre ces deux modes opposés de prise en charge n'a été qu'effleurée par les chercheurs. Seuls Boudreau et Wallot ont écrit un peu sur ce point.

Ce vide historiographique est à l'origine même de la rédaction de ce mémoire. En effet, cette recherche s'est donnée pour défi de débroussailler un champ d'études peu exploré encore par l'historiographie, à savoir les origines de la politique actuelle de désinstitutionnalisation au Québec. Ce mémoire propose une réflexion sur la genèse d'une remise en question de l'asile et d'une volonté de réintégration sociale de la folie. Il examine les discours réformistes véhiculés au sein de la communauté médicale du Québec qui ont permis de renverser le système asilaire en place au profit d'une nouvelle approche, dite communautaire. Cette réflexion historiographique mettra en lumière deux facteurs évolutifs fondamentaux : les débuts des thérapeutiques modernes et la remise en question de l'internement et du rôle de la psychiatrie.

## CHAPITRE I

### MISE EN CONTEXTE ET SURVOL HISTORIOGRAPHIQUE

Le phénomène le plus fondamental et le plus significatif en santé publique en Amérique durant ce siècle est sans contredit le mouvement de désinstitutionnalisation<sup>1</sup>.

Les recherches en histoire des institutions asilaires et de la psychiatrie abondent depuis les vingt-cinq dernières années. En effet, ce champ d'étude a soulevé l'intérêt de nombreux auteurs appartenant à différentes spécialités : psychiatres, historiens, juristes, philosophes, sociologues. L'examen de ce champ permettra, d'une part, de dégager la thèse et les propos des auteurs et, d'autre part, d'effectuer une mise en contexte essentielle à la compréhension du sujet dans sa dimension tant québécoise que mondiale.

Ce chapitre comprendra deux parties. Pour bien cerner le contexte dans lequel émerge la révolution psychiatrique des années 1950, il importe dans un premier temps de prendre connaissance de l'histoire institutionnelle. Au Québec, la période asilaire s'étend de 1894 à 1961. Il sera fait état de la richesse de l'historiographie qui porte sur l'étude de la forme de prise en charge qu'est l'asile. Cette historiographie s'inscrit essentiellement dans le courant des années 1960-1970, qui a vu naître des publications très critiques au sujet du pouvoir et de ses multiples formes. Dans un deuxième temps, les éléments à l'origine du mouvement mondial de désinstitutionnalisation du XX<sup>e</sup> siècle seront présentés. Notamment, on verra à quel point l'historiographie québécoise s'est davantage intéressée à l'application de la

---

<sup>1</sup> R.L. Okin, « Testing the limits of deinstitutionalization », *Psychiatric Services*, vol. 46, no 6, 1995; cité dans Claude Vanier, « Virage ambulatoire en psychiatrie au Québec : plus de trente ans d'histoire », *Santé mentale au Québec*, vol. 21, no 1, 1996, p.53.

politique de l'*open-door* et à ses conséquences dans la réalité québécoise qu'aux années antérieures au rapport Bédard.

### 1.1 L'histoire institutionnelle et la critique du modèle asilaire

Lorsque l'on entreprend une étude sur l'histoire de la prise en charge de la folie, on ne peut passer sous silence le grand intérêt que l'historiographie porte à l'institutionnalisation de la folie. En effet, pour bien comprendre le contexte à l'origine des politiques de désinstitutionnalisation, il faut d'abord s'attarder à la phase institutionnelle vécue tant dans le monde qu'au Québec. Le modèle asilaire, qui soulève différentes critiques chez les auteurs, mérite donc une attention particulière.

#### 1.1.1 Les courants internationaux

Plusieurs auteurs, tels que Postel, Quétel, Cellard et Boudreau, affirment que c'est le philosophe français Michel Foucault qui a donné naissance à l'intérêt grandissant des sciences humaines pour l'histoire de la psychiatrie avec la publication en 1961 de son livre-culte *Histoire de la folie à l'âge classique*. Les travaux de Foucault ont également favorisé la promotion de nouvelles recherches dans le domaine, qui, jusqu'alors, se limitaient à la période postérieure à la révolution de Pinel (1745-1826) au XIX<sup>e</sup> siècle<sup>2</sup>. Plusieurs auteurs, dont Boudreau et Cellard, restent de fait tributaires de la pensée de Foucault alors que Morel et surtout Quétel représentent quant à eux les principaux contestataires de la thèse du grand renfermement avancée par le philosophe. Néanmoins, que l'on adhère ou non aux propos soutenus par Foucault, il est essentiel d'accorder à son œuvre une place majeure dans l'historiographie de la psychiatrie contemporaine.

Pour Foucault, la folie n'a jamais cessé de captiver l'imaginaire de l'homme en Occident puisqu'elle représente à la fois l'énigmatique et l'interdit<sup>3</sup>. D'après Postel et Quétel, dans le

---

<sup>2</sup> Jacques Postel et Claude Quétel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 1994, p.X-XI.

monde gréco-romain se développe déjà une volonté grandissante de soigner le malade, volonté qui témoigne d'une reconnaissance de la souffrance du malade. Le monde d'avant le XVII<sup>e</sup> siècle se montre donc relativement accueillant à l'égard de la folie étant donné que chaque village assume la charge de ses déviants. Pour l'historiographie, le XVII<sup>e</sup> siècle marque donc en Occident la fin de l'hospitalité coutumière alors que s'amorce graduellement l'exclusion sociale du malade mental<sup>4</sup>.

Déjà à partir du XVI<sup>e</sup> siècle s'affirme un discours répressif des classes dirigeantes sur l'organisation de la philanthropie. D'après Quézel, dans *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, l'internement des fous s'insère dans un mouvement beaucoup plus large d'enfermement des indigents qui, depuis le XVI<sup>e</sup> siècle, se répand en Espagne, en Hollande, en Allemagne, en Suisse et en Angleterre<sup>5</sup>. Désormais, toute personne ne cadrant pas dans le modèle social établi autour de la rationalité et de la productivité est perçue comme folle, puis rejetée et enfermée en institution. Pour la première fois de l'histoire, le fou est associé à une large population de nécessiteux reconnue comme à la base des problèmes sociaux : les détenus, les délinquants, les incurables et les chômeurs<sup>6</sup>. D'après Foucault, un acte d'Élisabeth I de 1575 annonce les débuts de l'internement en Angleterre avec la création des *houses of correction* destinés aux pauvres, aux vagabonds mais également aux aliénés. En 1670, un second acte vient remplacer ce modèle par un nouveau, celui des *workhouses*. En France, l'édit royal du 27 avril 1656, qui annonce la création de l'Hôpital général destiné aux improductifs de la société, marque le début du grand renfermement des pauvres. Rapidement, la réclusion apparaît comme une solution à la crise économique et aux problèmes de chômage et d'oisiveté qui, d'après certains, sévissent dans les sociétés occidentales de l'époque. En l'espace d'un siècle, les hôpitaux, maisons de correction et prisons envahissent l'Europe et

---

<sup>3</sup> Michel Foucault, *Folie et déraison*, Paris, Union générale d'éditions, 1961, p.27.

<sup>4</sup> Postel et Quézel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, p.3-120.

<sup>5</sup> *Ibid*, p.106-116.

<sup>6</sup> *Ibid*, p.107-108.

deviennent des lieux à caractère despotique dominés par une nouvelle éthique du travail, de l'ordre et de la morale<sup>7</sup>.

À partir de la deuxième moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle, ce contexte de répression des indigents sert de toile de fond aux débuts d'une critique politique de l'enfermement des fous en Occident. En France, le mouvement de réforme s'impose avec l'Instruction de 1785, qui introduit l'« asile » comme méthode thérapeutique<sup>8</sup>. Or, il faut attendre le XIX<sup>e</sup> siècle pour assister à la véritable naissance de l'asile telle que formulée par le célèbre psychiatre Philippe Pinel. Pour Postel et Quétel, l'œuvre de Pinel est révolutionnaire et s'inscrit dans la pensée scientifique positiviste de l'époque. En Angleterre et aux États-Unis, cette révolution psychiatrique prendra vie sous les noms célèbres de William Tuke et de Benjamin Rush. Cependant, la conjoncture marquée par la révolution industrielle et par le bouleversement des mœurs va pousser l'asile à devenir un outil d'ordre et de normalisation. Les objectifs médicaux et philanthropes à l'origine même des fondements de l'asile se trouvent alors compromis. De plus, la construction des asiles nécessite un capital financier qui dépasse la partie du budget que les sociétés peuvent lui octroyer. Par conséquent, le système asilaire, en pratique, va plutôt perpétuer les traitements issus de la tradition des siècles précédents qui, sans combattre la maladie, cherchent à freiner ses symptômes<sup>9</sup>.

À l'opposé de Postel et Quétel, le sociologue britannique Andrew T. Scull, dans « *Madness and Segregative Control : The Rise of the Insane Asylum* », ne voit pas en la création de l'asile une réalisation progressiste, humaniste ou scientifique. Employé dans le but de réformer les aliénés, l'enfermement asilaire puise ses origines dans une nouvelle conjoncture socioéconomique caractérisée par l'émergence d'un marché capitaliste et par l'industrialisation et l'urbanisation de la société. À l'instar de Foucault, Scull estime que l'implantation de l'asile en Angleterre représente un instrument de régulation sociale pour la

---

<sup>7</sup> Foucault, *Folie et déraison*, p.54-81.

<sup>8</sup> Postel et Quétel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, p.125-126.

<sup>9</sup> *Ibid*, p.319.



classe bourgeoise et trouve sa légitimité dans le rejet des sujets improductifs de sa communauté et dans la valorisation d'un impératif du travail.<sup>10</sup>

Dans un discours plus nuancé à propos de l'asile, l'historien américain Gerald N. Grob, dans *Mental Illness and American Society*, nous met en garde contre la catégorisation du système asilaire selon deux courants de pensée opposés : celui des historiens traditionnels qui voient en l'asile une mesure humaniste et celui des historiens révisionnistes des années 1960 qui perçoivent l'asile comme un instrument d'oppression. Grob se situe donc à mi-chemin entre les deux écoles et nuance sa critique à l'endroit de l'asile. À la lumière de l'expérience des asiles en Europe, les Américains emboîtent le pas au modèle asilaire afin de répondre aux problèmes engendrés par le paupérisme qui sévit dans les villes nouvellement industrialisées du XIX<sup>e</sup> siècle. L'auteur estime donc que le mouvement asilaire représente en fait une expérience de l'être humain qui s'est concrétisée dans un contexte historique très précis<sup>11</sup>.

L'histoire institutionnelle en Occident témoigne d'un contexte spécifique marqué par l'entrée des sociétés dans le monde moderne. Le règne de l'asile va se perpétuer jusqu'au XX<sup>e</sup> siècle dans la période de l'après-guerre. Le XX<sup>e</sup> siècle correspond à une ère d'instabilité politique avec les deux guerres mondiales et la crise économique qui sévissent en Occident. Il s'agit certainement d'une époque fascinante au cours de laquelle le destin du Québec, en dépit de son particularisme, sera grandement influencé par l'expérience européenne et américaine de la folie.

### 1.1.2 Les auteurs québécois

Au Québec, les autorités en matière d'histoire du traitement de l'aliénation mentale se sont particulièrement intéressées à la phase institutionnelle. Cette période s'étend de la mise en place de l'asile au XIX<sup>e</sup> siècle jusqu'au début du mouvement de désinstitutionnalisation

---

<sup>10</sup> Andrew T. Scull, « Madness and Segregative Control », *Social Problem*, vol. 24, no 3, février 1977, p.337-351.

<sup>11</sup> Gerald N. Grob, *Mental Illness and American society*, Princeton, Princeton University Press, 1983, p.ix-45.

des années 1960-1970. Au cours de cette phase, le Québec connaît une destinée politique mouvementée passant de colonie anglaise à province canadienne dans un système fédéral.

Le livre *Histoire de la folie au Québec* de Cellard constitue un excellent ouvrage de référence pour la période préasilaire d'avant 1845. D'après l'historien, le Québec connaît sa propre expérience de la folie qui témoigne à la fois de son parcours spécifique, mais aussi de l'influence étrangère. En effet, le Canada d'avant le XIX<sup>e</sup> siècle ne semble pas avoir connu le grand renfermement vécu en Europe aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles tel que décrit par Foucault<sup>12</sup>. La fondation des premières loges de l'Hôpital général de Québec en 1717 témoigne à l'époque d'un nouveau besoin engendré par la grande misère qui sévit dans la colonie. En ce sens, l'internement répond à un contexte socioéconomique en ébullition (révolution industrielle, idéologie du travail, capitalisme, industrialisation) à l'origine d'un chamboulement de la hiérarchie des valeurs et d'une désorganisation des groupes sociaux classiques<sup>13</sup>. Le XVIII<sup>e</sup> siècle représente une phase charnière entre l'Ancien Régime et la période moderne dans l'histoire du traitement de la folie. Au cours de cette période, on assiste à l'affirmation d'une nouvelle élite bourgeoise capitaliste qui, en imposant sa vision de la normalité, donne à la folie un caractère immoral qui sera à la base de l'exclusion sociale du fou au XIX<sup>e</sup> siècle québécois. Ainsi, comme le soutiennent la sociologue Françoise Boudreau dans *De l'asile à la santé mentale* et le psychiatre Hubert Wallot dans *La danse autour du fou*, la folie est à partir XVIII<sup>e</sup> perçue comme une tare relative à la misère et à l'oisiveté<sup>14</sup>.

Le Bas-Canada connaît sa première révolution psychiatrique vers le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle. L'implantation de l'asile dans le Canada-Uni n'est donc pas étrangère aux situations vécues dans d'autres sociétés occidentales où l'on a privilégié les institutions spécialisées comme forme de prise en charge des malades mentaux. Témoins de l'expérience européenne, les nouveaux immigrants britanniques du Canada vont rapidement exercer une pression sur

<sup>12</sup> André Cellard, *Histoire de la folie au Québec*, Montréal, Boréal, 1991, p.122-123.

<sup>13</sup> Henri Dorvil, *Histoire de la folie dans la communauté*, Montréal, Éditions Émile-Nelligan, 1988, p.35-36.

<sup>14</sup> Françoise Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 2003, p.22; Hubert A. Wallot, *La danse autour du fou*, Beauport, Publications MHN, 1998, p.24.

les autorités canadiennes pour favoriser la création d'un asile. Leur souhait se réalisera avec la création en 1839 du *Montreal Lunatic Asylum*<sup>15</sup> et en 1845 de l'Asile de Beauport alors que les francophones du Bas-Canada se désintéressent de la problématique de l'asile. Toutefois, avec les débuts de l'industrialisation et de l'urbanisation dans les années 1870-1880, la situation tend à changer<sup>16</sup>. À l'image des sociétés occidentales du XVIII<sup>e</sup> siècle, l'introduction de l'asile au XIX<sup>e</sup> siècle au Québec concorde avec les débuts de l'État moderne. Cette évolution nécessitera éventuellement une intervention étatique accrue dans le domaine de l'assistance<sup>17</sup>. Ici comme ailleurs, la conjoncture socioéconomique est peu propice à une réforme du système asilaire de sorte que c'est essentiellement à une image figée que l'on associe la période institutionnelle.

#### 1.1.2.1 La critique asilaire

Depuis la période de remise en question des années 1960-1970, l'historiographie reste plutôt critique au sujet de l'institutionnalisation de la folie et de la science psychiatrique. Néanmoins, des modèles de pensée antagonistes dans l'étude de l'histoire de la psychiatrie vont se distinguer à partir de cette époque.

Certains auteurs ont choisi comme objet d'étude le développement de la spécialité médicale au sein de l'institutionnalisation de la folie au Québec. Ainsi, dans *La science du mal*, Peter Keating voit en la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et le début du XX<sup>e</sup> siècle les étapes de l'institutionnalisation non pas de la folie, mais de la psychiatrie. En effet, c'est la forme institutionnelle qui se développe en passant de « l'hôpital à l'asile, de l'asile à l'université et de l'enseignement clinique donné à l'asile à l'enseignement donné à la clinique universitaire<sup>18</sup> ». D'après Keating, il faut bien entendre le concept médical que représente le

---

<sup>15</sup> Montreal Lunatic Asylum (1839-1845).

<sup>16</sup> Cellard, *Histoire de la folie au Québec*, p.206-210.

<sup>17</sup> Wallot, *La danse autour du fou*, p.27.

<sup>18</sup> Peter Keating, *La science du mal*, Montréal, Boréal, 1993, p.148.

traitement moral dans le système asilaire. En effet, le traitement moral, d'abord utilisé comme solution thérapeutique, ne supposait pas à ses origines la création de l'asile<sup>19</sup>. Pour l'historien, le traitement moral, qui perçoit la folie comme guérissable, occupe une place fondamentale dans la reconnaissance d'un savoir spécialisé dans la psychiatrie contemporaine<sup>20</sup>.

À l'opposé de cette vision plus optimiste de l'histoire, Boudreau, Beaudet, Wallot et Dorvil se sont plutôt attaqués au « mythe de l'asile curatif<sup>21</sup> ». Influencée par l'œuvre de Foucault, Boudreau définit le système asilaire comme un outil de régulation sociale et comme un lieu de déshumanisation. Pour elle, la période asilaire se traduit par un abandon du fou au sein d'un système où les moyens financiers limités n'arrivent jamais à combler les imposants besoins<sup>22</sup>. En outre, à l'optimisme de Pinel et de Tuke vient se substituer au début du XX<sup>e</sup> siècle une vision plus fataliste de la folie qui considère la maladie comme incurable pour des raisons d'ordre biologique. Pour Boudreau, cette conception de la folie justifie l'échec de l'asile comme lieu thérapeutique. Désormais, le rôle de l'asile consiste davantage à enfermer les malades qu'à les guérir<sup>23</sup>. Ainsi, au sein de ces institutions constituées en véritable municipalité civile, la « dépersonnalisation légale du malade s'accompagnait d'un dépouillement total de son identité<sup>24</sup> ». Beaudet estime quant à elle que l'utilisation fréquente d'appareils mécaniques afin de stabiliser les patients présumés violents par la collectivité démontre à quel point l'asile du XIX<sup>e</sup> siècle est un « lieu de séquestration<sup>25</sup> ». Par conséquent,

---

<sup>19</sup> *Ibid*, p.31-32.

<sup>20</sup> *Ibid*, p.147.

<sup>21</sup> Cellard, *Histoire de la folie au Québec*, p.137.

<sup>22</sup> Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, p.47.

<sup>23</sup> *Ibid*, p.47-48.

<sup>24</sup> *Ibid*, p.51.

<sup>25</sup> Céline Beaudet, *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec*, Québec, Institut supérieur des sciences humaines, Université Laval, 1976, p.40.

l'asile, dont l'objectif thérapeutique est totalement négligé, apparaît comme un outil de régulation qui enferme les personnes allant à l'encontre des règles sociales<sup>26</sup>.

De son côté, Wallot affirme que l'épisode institutionnel le plus sombre du côté francophone au Québec correspond à la période au cours de laquelle l'asile se fige dans une vision fataliste de la maladie mentale. Selon l'auteur, cette période « muséologique<sup>27</sup> » des années 1900-1960 possède des caractéristiques semblables au grand renfermement européen dépeint par Foucault pour une période antérieure de l'histoire<sup>28</sup>. D'après Wallot, la faille du système asilaire réside dans le fait que le traitement dans ces milieux clos dérobe le malade à son milieu familial. Ainsi, un manque de ressources dans la mise en oeuvre d'une théorie peut engendrer une certaine anarchie pouvant faire dévier le modèle vers un système excessif d'oppression<sup>29</sup>. Dans la pratique asilaire, mentionnons le fait que, sans être malades mentalement, certaines personnes qui traversent une période difficile de leur existence (torture, pauvreté, deuil) sont parfois envoyées à l'asile. Elles reçoivent alors pour la vie l'empreinte de l'institutionnalisation. De plus, tel que le soutient le sociologue Henri Dorvil dans *Histoire de la folie dans la communauté*, une longue période d'internement à l'asile fait perdre au patient les aptitudes sociales fondamentales pour fonctionner dans la collectivité<sup>30</sup>.

Parallèlement au débat sur l'asile comme lieu de traitement et de savoir médical, Cellard porte davantage son intérêt sur la perception que se fait la société de la folie et sur l'impact de cette perception sur la nature des interventions dans le traitement de la maladie. Cette histoire des mentalités conçoit la naissance de l'institution et sa prise en charge par l'État et le corps médical comme le résultat d'une certaine évolution des représentations que la collectivité se fait de la folie. En effet, les définitions de la norme et du pathologique évoluent dans le temps

---

<sup>26</sup> *Ibid.*

<sup>27</sup> Heinz Lehmann, *Adresses on the Opening of the Entry Court of Douglas Hospital*, Montréal (S.C.), 1972, p.5; cité dans Wallot, *La danse autour du fou*, p.177.

<sup>28</sup> *Ibid*, p.122.

<sup>29</sup> *Ibid*, p.115-116.

<sup>30</sup> Dorvil, *Histoire de la folie dans la communauté*, p.53.

et dans l'espace de façon différente selon les cultures. L'interprétation de la folie, la détermination de ses causes et le modèle de prise en charge privilégié sont donc appelés à se transformer au gré des bouleversements que traverse toute société<sup>31</sup>. En ce sens, la structure asilaire apparaît comme une innovation et comme l'unique solution envisageable pour la folie. Elle résulte d'une combinaison de besoins allant d'une volonté de soigner à un désir de contrôler et d'éduquer une population déviante. Elle répond somme toute à la nouvelle conjoncture socioéconomique du Québec<sup>32</sup>.

#### 1.1.2.2 Particularisme du Québec : deux systèmes parallèles

Une partie de la critique du milieu asilaire francophone s'est construite en comparaison avec les expériences plus progressistes vécues ailleurs, notamment en Grande-Bretagne et aux États-Unis, mais également au Canada anglais. Au moment où les communautés religieuses catholiques établissent leur autorité dans les asiles francophones, c'est-à-dire à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les Anglophones protestants désirent créer leur propre système de soins destiné exclusivement aux malades de langue anglaise et de religion protestante. Ainsi, toute étude portant sur l'histoire de la folie au Québec doit nécessairement jeter la lumière sur le particularisme du système psychiatrique québécois, qui, pendant plus de soixante-dix ans, est constitué de deux systèmes parallèles distincts.

La monographie *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec : 1880-1963* de Beudet est une référence incontournable en matière de développement de la psychiatrie anglophone au Québec. L'auteure estime que la création d'un réseau distinct d'asiles à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle résulte d'une volonté d'échapper au système catholique qui souffre « d'un

---

<sup>31</sup> Cellard, *Histoire de la folie au Québec*, p.17-78.

<sup>32</sup> *Ibid*, p.213-220. On aura compris que cette rapide esquisse du développement du système asilaire n'a pour but que de mettre en contexte les développements majeurs survenus à l'époque qui nous intéresse, soit le milieu du XX<sup>e</sup> siècle. Signalons cependant le développement rapide de l'historiographie de l'asile au XIX<sup>e</sup> siècle québécois et canadien. Voir notamment; James E. Moran, *Committed to the State Asylum*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2000, 226 p.; Geoffroy Reaume, *Remembrance of Patients Past*, Don Mills, Oxford University Press Canada, 2000, 362 p.; James E. Moran et David Wright (dir. publ.), *Mental Health and Canadian Society*, Montréal, McGill-Queen's University Press, 2006, 266 p.

conservatisme étouffant<sup>33</sup>» et qui connaît un important retard en ce qui a trait à la recherche et aux innovations scientifiques. Ce fossé entre les institutions anglophones et francophones arrive à un moment où un courant de remise en question des moyens totalitaires envahit l'Europe et les États-Unis<sup>34</sup>. Inspiré par ce courant, le milieu anglo-protestant du Québec s'alarme devant la situation asilaire de l'époque. Il s'en prend au système d'affermage, à l'absence du médecin comme figure dominante de l'asile et à la souveraineté du clergé<sup>35</sup>.

Sans remettre en question l'asile comme lieu de traitement, les Anglophones souhaitent voir l'État québécois assumer la responsabilité financière des institutions comme le font d'autres gouvernements provinciaux<sup>36</sup>. D'après Beudet, les Canadiens anglais possèdent une vision du monde différente de celle des Canadiens français, cette dernière étant caractérisée par une idéologie de survivance accompagnée d'une attitude fataliste. Davantage ouverts sur le monde, les anglophones se regroupent au sein du département de l'Université McGill, qui devient le lieu privilégié d'échanges internationaux. Or, le grand défi des institutions protestantes réside dans le fait qu'elles ne bénéficient pas du personnel non rémunéré que constituent les religieuses dans les asiles francophones<sup>37</sup>. Ainsi, de la crise économique des années 1930 à la fin de la Deuxième Guerre mondiale, la pénurie de main-d'œuvre et les problèmes financiers amènent l'Hôpital de Verdun à devenir un asile à l'image des asiles francophones, c'est-à-dire « une prison pour aliénés<sup>38</sup>».

---

<sup>33</sup> Beudet, *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec*, p.35.

<sup>34</sup> *Ibid*, p.35-41.

<sup>35</sup> Suite à son séjour en Amérique en 1884, le docteur D.H. Tuke alimente davantage ce vent de critiques avec la publication en 1885 de ses observations dans *The Insane in the United States and in Canada* où il compare sévèrement le système asilaire québécois par rapport à celui de l'Ontario. *Ibid.*, p.7-8.

<sup>36</sup> *Ibid*, p.5-40.

<sup>37</sup> *Ibid*, p.37-58.

<sup>38</sup> *Ibid*, p.64.

### 1.1.2.3 L'État et l'Église comme objets de critique

L'historiographie québécoise n'est pas étrangère aux idées présentées par les historiens de la Révolution tranquille qui voient dans le Québec d'avant 1960 une société traditionnelle en marge des sociétés modernes plus industrialisées. Influencés par le mouvement antipsychiatrique de la décennie 1960-1970, les auteurs de l'histoire de la psychiatrie, dans leur critique de l'asile, s'en prennent de manière virulente au clergé et aux gouvernements précédents, auxquels ils attribuent les tares de la société québécoise.

Le contexte religieux est un élément sociologique fondamental dans l'étude de la période asilaire<sup>39</sup>. Au Québec, avec la Confédération de 1867, l'Église catholique consolide son emprise sur les services sociaux, notamment asilaires. Ainsi, Boudreau voit l'époque asilaire comme une période de paternalisme religieux qui trouve sa justification dans l'idée que la folie représente un châtiment de Dieu pour réprimer le pécheur<sup>40</sup>.

Beaucoup plus nuancé dans ses propos, Wallot fait l'éloge de l'œuvre accomplie par les communautés religieuses qui, dans leur travail, devaient composer avec des ressources très limitées. S'il n'exclut pas le fait que cette forme de prise en charge par le clergé possède le « caractère d'un fatalisme dévoué <sup>41</sup> », il estime que les tares du passé n'appartiennent pas à un seul coupable, mais relèvent d'une responsabilité collective. En effet, Wallot accuse les commissions d'enquête de s'en prendre injustement à des groupes cibles (religieuses, psychiatres, professionnels). Selon le psychiatre, la société a tendance à chercher à tout prix un coupable pour justifier à ses yeux les situations embarrassantes qui appartiennent au passé et au présent. Par conséquent, il est d'avis qu'il faut questionner activement l'État et la

---

<sup>39</sup> Dorvil, *Histoire de la folie dans la communauté*, p.33.

<sup>40</sup> Françoise Boudreau «La psychiatrie québécoise depuis 1960: de structure en structure, la loi du plus fort est-elle toujours la meilleure?», *Santé mentale au Québec*, vol. VI, no 2, p.28.

<sup>41</sup> Hubert.-A. Wallot, « Pour un bilan des services psychiatriques et de santé mentale au Québec », *Santé Mentale au Québec*, vol. 13, no 2, 1988, p. 21.



société au sujet de la nature des interventions préconisées dans la prise en charge actuelle des malades mentaux<sup>42</sup>.

Boudreau se montre particulièrement critique concernant la passivité de l'État dans toute la question du système asilaire. Dans l'histoire québécoise de la folie, il faut attendre 1801 pour que l'État se considère officiellement responsable des personnes troubles<sup>43</sup>. D'après Beaudet, même la Loi de 1885, dite la loi Ross, qui donne au Bureau médical le contrôle absolu sur le traitement des fous, et la Commission royale d'enquête sur les asiles de 1888, qui critique ouvertement les asiles catholiques du Québec, n'ont eu aucun impact sur les asiles. Ainsi, la situation critique, déjà décriée à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, demeurera inchangée dans les asiles catholiques jusque dans les années 1960<sup>44</sup>. Pour Beaudet, la prépondérance de la philanthropie comme source de financement du réseau public témoigne du rôle de second rang que s'attribue le gouvernement<sup>45</sup>. En exerçant un contrôle tout au plus formel sur l'administration des hôpitaux, l'État se libère ainsi d'un fardeau d'ordre administratif et monétaire<sup>46</sup>.

Parmi les accusations portées envers l'État depuis les années 1960, le régime duplessiste représente certainement l'objet de critique ayant suscité à la fois le plus d'intérêt et les plus virulentes condamnations. Cette période noire, qui apparaît comme honteuse dans l'histoire du Québec, correspond au règne de l'Union nationale sous la gouverne de Maurice Duplessis qui s'étale de 1939 à 1936, puis de 1944 à 1959. Dans le récit des thuriféraires de la Révolution tranquille, Maurice Duplessis joue le rôle de l'antihéros de la province qui sera délivrée en 1960 par Jean Lesage et son *équipe du tonnerre* :

---

<sup>42</sup> Wallot, *La danse autour du fou*, p.XIX de l'avant-propos.

<sup>43</sup> Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, p.23.

<sup>44</sup> Beaudet, *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec*, p.19.

<sup>45</sup> *Ibid*, p.38.

<sup>46</sup> Il faut déplorer l'absence, à l'heure actuelle, d'une historiographie des institutions asilaires conséquente au Québec pour le 20<sup>e</sup> siècle. Voir cependant André Cellard et Marie-Claude Thifault, *Une toupie sur la tête*, Montréal, Boréal, 2007, 324p.

Le régime Duplessis devient ainsi le symbole de ce Moyen Âge qu'aurait traversé le Québec de 1840 à 1960. Il apparaît d'autant plus rétrograde qu'il serait le dernier obstacle au surgissement de la modernité que le nouveau sens commun situe aux premiers jours de la Révolution tranquille.<sup>47</sup>

Pour Boudreau, Duplessis, en tant qu'adepte du conservatisme, favorise une politique de non-intervention de l'État en matière de santé<sup>48</sup>. Ainsi, selon la sociologue, les années de Duplessis correspondent à une période d'«hallucination collective<sup>49</sup>» durant laquelle la population québécoise perçoit l'action du clergé dans la sphère sociale comme la meilleure forme de prise en charge possible. Cette domination incontestée du rôle de l'Église rend alors impossible toute ouverture à d'autres voies. Pourtant, sans réhabiliter le rôle de Duplessis et de l'Union nationale, d'autres auteurs réussissent à dégager de la période d'après-guerre et des années 1950 les signes avant-coureurs d'un certain progressisme. La présence de ces signes permet d'appréhender la Révolution tranquille et, par le fait même, la révolution de la pratique psychiatrique au Québec, comme le prolongement, voire le sommet, d'un processus déjà entamé dans les années 1950.

Dans le livre *La société libérale duplessiste*, Gilles Bourque, Jules Duchastel et Jacques Beauchemin se dissocient du premier courant de pensée en proposant une vision révisionniste du duplessisme et de l'Église. À la lumière des propos de l'historien Jean-Pierre Charland, les auteurs estiment que le Québec d'après-guerre s'inscrit dans la même vague d'industrialisation et de transformation des modes de vie qui bouleverse l'ensemble des sociétés nord-américaines. En effet, par rapport aux politiques économiques fédérales et d'autres provinces, le gouvernement Duplessis participe à ce processus de modernisation, et ce, malgré l'état de grande dépendance vécu relativement au capital américain. Pour les auteurs, le duplessisme est donc loin de représenter un régime totalitaire et semble plutôt

---

<sup>47</sup> Gilles Bourque, Jules Duchastel et Jacques Beauchemin, *La société libérale duplessiste*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1994, p.11-12.

<sup>48</sup> Boudreau, «La psychiatrie québécoise depuis 1960: de structure en structure, la loi du plus fort est-elle toujours la meilleure?», p.28.

<sup>49</sup> Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, p.63.

tirailé entre une vision qui se veut à la fois progressive et traditionnelle<sup>50</sup>. Dans *Restons traditionnels et progressifs*, Bourque et Duchastel affirment que, malgré l'acharnement du discours traditionnel dans les années de Duplessis, certains indices laissent quand même entrevoir la vision d'un État libéral moderne. S'opposant à la thèse de la Grande Noirceur, les auteurs estiment que les discours dits *traditionalo-modernistes* tenus dans les budgets de l'État québécois entre 1934 et 1960 s'inscrivent dans une logique économique contemporaine<sup>51</sup> :

À trop vouloir faire ressortir la particularité de l'idéologisation clérico-nationaliste au Québec avant la Révolution tranquille, on finit par oublier que, même avant 1960, ladite société canadienne-française participait d'un État démocratique de forme libérale.<sup>52</sup>

## 1.2 Le XX<sup>e</sup> siècle, la psychiatrie et les origines du mouvement de désinstitutionnalisation

Dans l'historiographie, l'histoire de la folie est présentée à la lumière de celle des sociétés, des mouvements idéologiques et des développements techniques et scientifiques. Le XX<sup>e</sup> siècle apparaît comme un des siècles les plus riches en évolution des pratiques en psychiatrie. En effet, les deux grands conflits mondiaux sont particulièrement riches en enseignements alors que les soldats *normaux* soumis à d'importants chocs émotionnels présentent des problèmes d'ordre mental.

Jusqu'à présent, l'histoire de la désinstitutionnalisation s'appuie sur une bibliographie beaucoup moins volumineuse que celle portant sur l'institutionnalisation de la folie. Cette situation s'explique probablement par la proximité spatiotemporelle des auteurs avec l'objet d'étude. L'historiographie disponible, qui porte sur le courant de remise en question du système asilaire et les débuts de la désinstitutionnalisation, insiste sur l'importance des

---

<sup>50</sup> Bourque, Duchastel et Beauchemin, *La société libérale duplessiste*, p.12-16.

<sup>51</sup> Gilles Bourque et Jules Duchastel, *Restons traditionnels et progressifs*, Montréal, Boréal, 1988, p.41-116.

<sup>52</sup> *Ibid*, p.41.

influences britannique et américaine au Québec. Or, puisque chaque société est unique, une telle interprétation de l'histoire doit également mettre au premier plan les particularités de l'expérience de la société étudiée avec la folie.

### 1.2.1 Évolution de la thérapeutique et des connaissances

#### 1.2.1.1 L'impact de Pinel et des théories freudiennes

Certains des auteurs qui étudient la désinstitutionnalisation, dont Dorvil, Tournay, Postel et Quétel, considèrent cette dernière tendance dans l'histoire de la psychiatrie comme la troisième révolution psychiatrique après celles de Pinel et de Freud. En effet, ces historiens voient dans les approches révolutionnaires attribuées à des précurseurs le germe de la nouvelle pensée à la base de la prise en charge actuelle de la folie par la communauté et de la désinstitutionnalisation du fou.

C'est essentiellement au médecin aliéniste et philosophe français Philippe Pinel (1745-1826) que l'on associe la *libération des chaînes* à Bicêtre. Cet événement s'inscrit dans le mouvement humaniste de l'époque qui s'affirme en France avec Pinel, mais également en Grande-Bretagne, avec Tuke, en Belgique, en Hollande et en Scandinavie<sup>53</sup>. Dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Pinel unit médecine et philosophie en définissant leur spécificité, à savoir respectivement le corps et l'âme. D'après Quétel et Postel, l'école psychiatrique française va se construire à partir de Pinel, puis de Esquirol.<sup>54</sup> Cette nouvelle science s'introduit alors dans la communauté médicale et fait sa place au sein des milieux universitaires et hospitaliers.

Dorvil et Postel estiment toutefois que l'histoire de la psychiatrie requiert une certaine correction des mythes fondateurs. En effet, ces auteurs s'opposent à une surévaluation de l'impact de l'œuvre de l'aliéniste dans l'évolution de la psychiatrie. Sa contribution, bien que

---

<sup>53</sup> Dorvil, *Histoire de la folie dans la communauté*, p.19-20.

<sup>54</sup> Postel et Quétel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, p.XII.

réelle, doit se comprendre dans des proportions plus modestes. Ainsi, Postel attribue ce rôle de premier plan donné à Pinel à la position centrale de Paris à l'époque dans les sphères culturelle et politique<sup>55</sup>. Foucault est certainement l'un des plus critiques à l'égard de l'œuvre de Pinel. Pour l'auteur, l'idée d'une communication possible avec le fou mise de l'avant par Pinel a sombré rapidement dans l'oubli faisant de l'asile un lieu d'enferment et d'exclusion. Selon lui, les œuvres de Pinel et de Tuke n'ont rien de progressiste et ont eu pour conséquence d'octroyer un pouvoir quasi absolu à l'aliéniste<sup>56</sup>.

Si le lien entre l'œuvre de Pinel et le mouvement actuel de désinstitutionnalisation ne fait pas l'unanimité au sein de l'historiographie, l'influence de Freud (1856-1939) et de la psychanalyse semble en revanche incontestée. Nées en marge de la psychiatrie au XIX<sup>e</sup> siècle, les théories freudiennes ouvrent la voie à un nouveau genre de thérapeutique à une époque où la psychiatrie est en pleine transformation<sup>57</sup>. Toutefois, le milieu psychiatrique d'avant le premier conflit mondial n'a pas accès aux ouvrages de Freud. Ainsi, il faut attendre la décennie 1920 pour pouvoir assister à une « véritable pénétration<sup>58</sup> » de la psychanalyse au sein des milieux psychiatriques américains. De plus, avec les deux derniers conflits mondiaux, la psychiatrie s'assure une place au sein de la médecine contemporaine<sup>59</sup>. L'histoire de la psychanalyse suit de près l'époque de la guerre de 1939-1945, époque qui confirme à la fois la domination des États-Unis sur le plan mondial et l'internationalisation de la psychanalyse<sup>60</sup>. Jusqu'alors, la France et l'Allemagne avaient dicté les pratiques en psychiatrie.

---

<sup>55</sup> *Ibid*, p.152.

<sup>56</sup> Foucault, *Folie et déraison*, p.281-283.

<sup>57</sup> Postel et Quétel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, p.419-422.

<sup>58</sup> *Ibid*, p.378.

<sup>59</sup> Jean-Marc Bordeleau, « Les maladies mentales seraient-elles des maladies organiques? », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, mars 1957, p.282.

<sup>60</sup> Postel et Quétel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, p.381.

Selon Wallot, les théories freudiennes rapprochent en quelque sorte le normal de l'anormal en joignant le rêve à l'inconscient. En démystifiant les troubles psychiatriques, elles défient le négativisme qui régnait jusqu'alors<sup>61</sup>. Même le très critique Foucault est plus élogieux à l'égard de Freud que de Pinel. Selon lui, ce n'est pas l'ajout de nouvelles théories thérapeutiques qui représente le point fondamental de l'oeuvre du psychanalyste. C'est plutôt le fait qu'elle rend réellement possible un dialogue entre l'esprit médical et la folie<sup>62</sup>. Toutefois, pour Foucault, la grande tare de la pratique psychanalytique est d'avoir octroyé au médecin un pouvoir quasi absolu, voire surnaturel. Le personnage médical représente un obstacle à la compréhension de la déraison au sens le plus profond. Ainsi, même s'il dénonce certaines faiblesses de la psychanalyse, Foucault reconnaît que Freud, par le biais de ses travaux, « a bien délivré le malade de cette existence asilaire dans laquelle l'avaient aliéné ses libérateurs<sup>63</sup> », en faisant référence à Pinel et Tuke.

Pour une partie de l'historiographie, la nouvelle prise en charge de la folie par la société apparaît comme le résultat d'une évolution sur le plan idéologique, évolution construite à travers les approches révolutionnaires de Pinel et de Freud. Certes, l'influence de ces théories sur la pratique de la psychiatrie contemporaine et sur la condition du malade peut sembler très mince. Or, ce lien avec le passé est essentiel puisqu'il permet de situer dans le temps l'apparition d'un dialogue avec la déraison. En effet, l'acceptation du malade dans la collectivité est indispensable à la communautarisation de la folie<sup>64</sup>.

---

<sup>61</sup> Hubert A. Wallot, « Évolution des services psychiatriques au Québec », dans *Psychiatrie clinique*, sous la dir. de Pierre Lalonde, Frédéric Grunberg et Jocelyn Aubut, Boucherville, G.Morin, 2001, p.1914.

<sup>62</sup> Foucault, *Folie et déraison*, p.199-200.

<sup>63</sup> *Ibid*, p.290.

<sup>64</sup> Dorvil, *Histoire de la folie dans la communauté*, p.20.

### 1.2.1.2 L'approche biologique

Déjà au XIX<sup>e</sup> siècle, l'efficacité de certains traitements médicaux amène quelques maladies, telles la paralysie générale et le crétinisme, à perdre leur caractère de maladie mentale. Or, d'après l'historiographie, c'est surtout la découverte de la chlorpromazine par Laborit en 1952 qui ouvre la voie à l'ère moderne en psychiatrie. Introduit par le médecin français Henri Laborit en 1952, ce premier neuroleptique, commercialisé sous le nom de *Largactil*, est à l'origine d'un bouleversement dans le traitement de la schizophrénie.

D'autres recherches effectuées sur la chlorpromazine donnent lieu à la naissance de nouveaux antihistaminiques, les phénothiazines, et du premier antidépresseur, l'imipramine en 1956. C'est donc de 1952 à 1960 que sont introduits les principaux médicaments utilisés encore aujourd'hui en psychiatrie.

Pour les historiens, cette évolution sur le plan psychopharmacologique dans l'après-guerre permet de transformer la structure des soins en psychiatrie, puis de favoriser la désinstitutionnalisation massive de la décennie suivante. Ainsi, la découverte du *Largactil* reste fondamentale dans l'histoire de la psychiatrie puisqu'elle rend possible un bien-être chez certains malades. La psychiatrie peut davantage se consacrer à la réhabilitation des patients. La validité de ces nouveaux psychotropes vient soutenir davantage la psychiatrie comme véritable discipline médicale. Elle permet également de réamorcer la recherche sur la nature des troubles mentaux graves. Beaudet prétend en effet que « d'une psychiatrie de survivance, on passait à une psychiatrie dynamique et agressive <sup>65</sup> ». Au cours du XX<sup>e</sup> siècle, la psychiatrie va donc se détacher de ses racines aliénistes et se rapprocher de la neurologie, de la médecine et de la psychologie<sup>66</sup>. Elle s'ouvre également sur de nouveaux champs d'études tels que la psychiatrie infantile et la criminologie.

---

<sup>65</sup> Beaudet, *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec*, p.74.

<sup>66</sup> Postel et Quételet, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, p.340.

Les succès de la pharmacopée viennent également remettre en question une partie du savoir lié au fonctionnement du cerveau. Jusqu'alors, la connaissance du système cérébral avait traversé différentes étapes passant de la phrénologie<sup>67</sup> à la neuropsychologie, puis aux neurotransmetteurs<sup>68</sup>. Certes, la compréhension du cerveau demeure énigmatique au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale. D'après l'ethnologue Jean-Claude Dupont, dans ce contexte, influencée par la psychanalyse, la reconnaissance de la psychopharmacologie et du système cérébral semble précaire, voire limitée : « seule la psychiatrie endocrinienne, résumée dans l'ouvrage clinique de Bleuler en 1954, connaît un développement significatif <sup>69</sup> ».

L'arrivée des psychotropes vient tout de même modifier l'état des traitements en psychiatrie. La décennie 1950 s'ouvre sur une période de conversion des modèles de fonctionnement du système nerveux qui va durer jusqu'aux années 1980<sup>70</sup>. Au cours de ces décennies se consolident de nouveaux liens entre la psychopharmacologie, la neurobiologie et la psychiatrie. Ainsi, comme le suggère Dupont, il convient de retenir ceci :

[...] c'est la réflexion autour de ces modes d'actions des psychotropes, initialisée dans les années cinquante, qui va conforter une certaine « manière de penser le psychisme » (D. Widlöcher), c'est-à-dire le paradigme de la psychiatrie biologique : la réduction biochimique de la maladie mentale.<sup>71</sup>

### 1.2.2 Le mouvement de critiques du système asilaire et l'approche communautaire

La critique de l'asile s'amorce à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle en Europe alors que le développement des thérapeutiques est encore limité. Puis, on assiste à l'émergence d'une

---

<sup>67</sup> Étude de la forme du crâne.

<sup>68</sup> *Ibid*, p.304.

<sup>69</sup> Jean-Claude Dupont, « Psychopharmacologie », in *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, sous la dir. de Gilbert Hottois et Jean-Noël Missa, Bruxelles, De Boeck Université, 2001, p.688.

<sup>70</sup> Postel et Quétel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, p.295.

<sup>71</sup> Dupont, « Psychopharmacologie », p.691.



prise de conscience marginale qui annonce les débuts de l'*open-door* européen et d'expériences de psychiatrie communautaire à l'image du village de Gheel en Belgique<sup>72</sup>. Aux États-Unis, l'entre-deux-guerres propulse le développement de tendances diverses en psychiatrie, entre autres le comportementalisme, le culturalisme, la théorie des communications et la psychiatrie sociale, qui, dès 1945, influenceront la pratique en Occident. Ces nouvelles tendances vont grandement inspirer le mouvement de critiques du système asilaire.

Les sérieuses critiques formulées contre l'asile dans les années 1950 par Stanton et Schwartz (1954), Belknap (1956), Barton (1959) et Goffman (1961) témoignent d'une volonté, voire d'une nécessité, de procéder à une reconstitution de l'organisation de soins en psychiatrie. Les dénonciations-chocs de ces auteurs au sujet de l'institutionnalisation témoignent du climat d'agitation qui règne dans les différents milieux psychiatriques en Occident. La diffusion de leurs écrits devient rapidement un élément déclencheur qui pave la voie à un remaniement du système psychiatrique.

Peu d'auteurs se sont intéressés à cette partie fascinante de l'histoire québécoise de la psychiatrie. Par conséquent, les auteurs de référence en cette matière restent incontestablement Boudreau et Wallot. Ils ont étudié la question des enjeux existant au sein du milieu psychiatrique francophone québécois des années 1950 à aujourd'hui. Désormais perçue comme curable, la maladie mentale s'apparente à la définition des autres maladies. Selon Wallot, cette nouvelle perspective de curabilité de la maladie amène les jeunes médecins à revendiquer l'autorité du corps médical sur le pouvoir clérical dans le domaine psychiatrique<sup>73</sup>. Pour Boudreau, ce déséquilibre dans la balance du pouvoir débute avec l'avènement d'une nouvelle génération de psychiatres. Dans ce contexte, l'Institut Albert-Prévost, institution psychiatrique fondée en 1919 sous le nom de Sanatorium Prévost, devient très vite le théâtre médiatisé d'une querelle provinciale entre l'administration et les

---

<sup>72</sup> Postel et Quétel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, p.323.

<sup>73</sup> Wallot, « Pour un bilan des services psychiatriques et de santé mentale au Québec », p. 22.

psychiatres, représentés respectivement par Garde Tassé<sup>74</sup> et le D<sup>r</sup> Camille Laurin. L'opposition qui en résulte s'ouvre sur un grand conflit au sujet de l'orientation future de la psychiatrie au sein de la province<sup>75</sup>.

L'ouverture de l'asile sur le monde à la fin de la décennie 1950 s'inscrit à la fois dans le courant de transformations sociales de l'époque et dans l'esprit optimiste de l'après-guerre. D'après Dorvil, c'est le mouvement américain de contre-culture qui a milité le plus en faveur des minorités de tous genres, telles que les homosexuels, les handicapés physiques et mentaux et les communautés ethniques, en proposant une nouvelle vision de la société. Dans le domaine psychiatrique, ce projet social propose le renversement du système institutionnel traditionnel au profit d'une prise en charge des malades par la communauté<sup>76</sup>. Or, Dorvil affirme qu'il n'existe pas de véritable mouvement d'anciens patients car ils ne sont pas mobilisés en tant que regroupement. Ainsi, il existe chez les anciens patients une absence de « conscientisation » et une déficience au niveau de l'instruction qui les distingue fondamentalement des autres courants contestataires de la même période<sup>77</sup>.

Néanmoins, les auteurs québécois accordent une importance majeure à l'impact de la publication en 1961 du livre-choc *Les fous crient au secours* de Jean-Charles Pagé, un ex-patient de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Dans son livre, l'ex-patient fait état du traitement atroce infligé aux patients des hôpitaux psychiatriques et propose même quelques solutions au problème. Ce livre ouvre la voie à une importante polémique médiatisée qui illustre bien le contexte entourant la création du rapport Bédard.

Le courant antipsychiatrique de la décennie 1960 semble paradoxal. En effet, c'est au moment même où la psychiatrie s'ouvre vers la société que l'opinion publique prend

---

<sup>74</sup> En 1945, les infirmières Charlotte Tassé et Bernadette Lépine prennent en charge le Sanatorium Prévost. En 1955, le Sanatorium Prévost devient l'Institut Albert-Prévost.

<sup>75</sup> Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, p.71-72.

<sup>76</sup> Dorvil, *Histoire de la folie dans la communauté*, p.20.

<sup>77</sup> *Ibid*, p.192.

connaissance de la situation et se sent concernée<sup>78</sup>. Or, la solution reste encore celle de *soigner* l'asile afin de l'utiliser comme instrument de thérapie par la psychanalyse. Ainsi, il faut attendre encore une décennie pour que la psychiatrie se transporte officiellement dans la communauté. Toutefois, l'idéal de la psychiatrie communautaire connaît un déclin considérable dans les années 1970-1980 alors que le mouvement se heurte aux milieux conservateurs aux États-Unis, en Angleterre et en Italie.

L'évolution de la pratique psychiatrique au début des années 1960 en Occident soutient davantage le vocable de psychiatrie communautaire et ce, au détriment de l'approche biologique, qui reprend toutefois des forces dès le milieu des années 1970. D'après Lecomte, le dépôt du rapport Bédard a amené une désagrégation du monolithisme du milieu psychiatrique québécois avec la percée de deux tendances majeures : la psychiatrie communautaire et la psychiatrie biologique. Divisés entre ces deux modèles, les psychiatres partisans de chacune des approches vont lutter pour assurer la prééminence de leur pratique. D'après Lecomte, les partisans de l'approche communautaire sont les principaux initiateurs de la politique québécoise de désinstitutionnalisation. En effet, l'auteur prétend que le mouvement de désinstitutionnalisation puise davantage ses origines de la popularité de l'approche communautaire au sein du milieu psychiatrique que des conclusions du rapport Bédard<sup>79</sup>. Pour Wallot, la désinstitutionnalisation nécessite un nouveau modèle de prise en charge qui, cette fois, se situe dans le milieu familial, social et culturel du patient<sup>80</sup>. Or, comme le rappelle Dorvil, le Québec, contrairement aux pays européens, n'hérite pas d'un passé institutionnel long de 300 ans. En effet, de la colonisation à aujourd'hui, hormis un siècle et demi d'enfermement du malade, la collectivité est restée le lieu d'accueil des fous dans la société québécoise<sup>81</sup>. Serait-il possible que la pratique communautaire appartienne davantage au passé? L'historiographie n'offre aucune réponse à cette question.

---

<sup>78</sup> Postel et Quétel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, p.361.

<sup>79</sup> Yves Lecomte, «De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec», *Santé mentale au Québec*, vol. 22, no 2, 1997, p.11-13.

<sup>80</sup> Wallot, *La danse autour du fou*, p.182.

<sup>81</sup> Dorvil, *Histoire de la folie dans la communauté*, p.22.

En fait, l'historiographie de la folie s'est davantage intéressée au système institutionnel de soins en psychiatrie qu'aux différentes contributions de la communauté pour venir en aide au malade tant au cours de la période asilaire qu'aujourd'hui. Si de nombreuses recherches traitent de l'asile, peu d'entre elles ont contribué à éclairer cette autre dimension de la folie qu'est la vie du malade dans la collectivité abordée par Dorvil<sup>82</sup>. D'ailleurs, même les différents ouvrages portant sur le mouvement de désinstitutionnalisation se consacrent davantage à l'étude de l'application des politiques et des différents rapports de pouvoir qu'à l'examen des conséquences tangibles dans la vie des patients.

### 1.3 Conclusion

L'examen de l'historiographie nous a fait prendre connaissance des interprétations préconisées par les auteurs de différentes disciplines concernant l'histoire de la prise en charge de la folie. Parmi ces visions de l'histoire, l'« explication cyclique » a particulièrement suscité notre intérêt.

Plusieurs auteurs, dont Tourney, Wallot et Boudreau dégagent des constantes de leur étude. Selon le psychiatre américain Garfield Tourney, depuis les recherches faites par Pinel, la psychiatrie évolue selon un modèle général qui suit un mouvement rotatif. Selon la théorie cyclique, chaque découverte, qu'il s'agisse d'un système institutionnel ou communautaire, d'avancées pharmacologiques ou de nouvelles psychothérapies, passerait de l'euphorie des premiers moments à une reconnaissance réaliste de la méthode avec ses bienfaits et ses limites ou à son rejet entier. Aussi, puisque chaque découverte thérapeutique appartient à un contexte politico-religieux précis, plusieurs techniques anciennement mises aux oubliettes finissent par être remodelées et réinsérées dans un nouveau cadre théorique<sup>83</sup>. Dans la même ligne de pensée que Tourney, Wallot estime qu'en période de révolution, des groupes

---

<sup>82</sup> *Ibid*, 280 p. Ici encore, l'historiographie québécoise a connu des avancées intéressantes concernant le rôle des familles dans la prise en charge de la folie. Voir le livre qui vient de paraître : Thierry Nootens, *Fous, prodiges et ivrognes: familles et déviance à Montréal au 19e siècle*, Montréal et Kingston, McGill-Queen's University Press, 2007.

<sup>83</sup> Garfield Tourney, « A History of Therapeutic Fashions in Psychiatry 1800-1966 », vol.24, no.6, 1967, p.785.

d'intérêt adoptent des discours humanisants qui, après un certain temps, se voient condamnés. Pour lui, l'histoire institutionnelle, celle des asiles, hôpitaux psychiatriques et départements de psychiatrie des hôpitaux généraux, représente un bel exemple de ce cycle<sup>84</sup>.

L'évolution des connaissances ainsi que l'idée qu'on se fait des troubles mentaux et de ses causes influencent grandement le mode de prise en charge privilégié par une société. Chaque époque doit se questionner au sujet des méthodes de contrôle des malades agressifs et faire un choix entre la protection du patient et celle des autres. À ses débuts, l'application d'une nouvelle solution politique bénéficie d'un grand investissement de ressources qui tend à diminuer avec le temps. En conséquence, l'évolution des différentes structures d'une société n'est pas uniforme, ce qui fait en sorte que des institutions désuètes en côtoient d'autres d'avant-garde. D'après Wallot, la prise en charge des malades mentaux implique un choix qui oscille, selon les époques, entre l'exclusion ou l'inclusion du malade et entre l'acceptation ou l'intolérance<sup>85</sup>. Aussi, chaque réforme est précédée par des scandales au sujet des soins en vigueur. Boudreau affirme que :

C'est une histoire presque cyclique, où les périodes creuses durant lesquelles le fou est oublié et sacrifié alternent avec des périodes d'espoir et de réveil, où l'on parle de révolution, de guérison et où l'on s'inspire de promesses; puis c'est la désillusion, et l'on parle d'insuccès, de déclin, de retour en arrière<sup>86</sup>.

Une telle vision de l'histoire porte à s'interroger sur la signification du passé, du présent, mais surtout de l'avenir. L'application absolue de cette théorie engendre une perception fataliste de la vie. Ainsi, il faut demeurer prudent avec l'application absolue de cette forme d'interprétation théorique qui voit en l'histoire un mouvement circulaire sans fin. L'histoire appartient plutôt à un parcours linéaire et accidenté qui évolue au fil du temps et de l'espace. Par conséquent, l'histoire de la folie et de ses modes de prise en charge, comme toute autre histoire, s'inscrit dans un processus de progrès et d'évolution. En Occident, l'après-guerre

---

<sup>84</sup> Wallot, *La danse autour du fou*, p.XIX de l'avant-propos.

<sup>85</sup> *Ibid*, p.418.

<sup>86</sup> Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, p.14.

représente un bel exemple d'avancée dans le domaine. Durant cette période, le Québec, à l'image des sociétés occidentales, emboîte subséquemment le pas de la désinstitutionnalisation. Très vite, la province reprend son léger retard dans l'application d'une nouvelle politique en santé mentale. En définitive, que peut-on retirer de l'historiographie québécoise de la révolution psychiatrique ? À notre avis, c'est une fois de plus Boudreau qui répond le mieux à ce questionnement :

Les années soixante ont marqué pour la psychiatrie québécoise une période de changement, une ouverture des frontières traditionnelles : frontières entre l'hôpital et la communauté; entre les services internes et externes; entre les services anglophones et francophones; entre les disciplines professionnelles et les méthodes d'intervention; entre la maladie mentale, quelle qu'en soit la définition, et les problèmes de la vie...<sup>87</sup>

C'est l'histoire des origines de cette ouverture que nous entreprenons dans les pages qui suivent.

---

<sup>87</sup> *Ibid*, p.139.

## CHAPITRE II

### LE DÉVELOPPEMENT DU RÉSEAU DE SANTÉ AU QUÉBEC

Ce chapitre constitue une mise en contexte pour les chapitres à venir. Il présente les principaux éléments de croissance des services médicaux, notamment en psychiatrie. Cette croissance est soutenue par les politiques publiques mises en oeuvre par les gouvernements fédéral et provincial au XX<sup>e</sup> siècle. Ce chapitre fait également état des problèmes structurels qu'engendre l'expansion des services médicaux sur un réseau hospitalier qui n'arrive pas à supporter cette croissance phénoménale. Enfin, ce chapitre met en évidence la corrélation étroite qui existe entre l'évolution du domaine de la psychiatrie et les transformations que connaît l'ensemble de la profession médicale à l'époque.

#### 2.1 Le Québec et la Loi de l'assistance publique de 1921

Dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, le mouvement hygiéniste, qui gagne en popularité depuis quelques années en France, en Angleterre et en Allemagne, s'affirme comme étant une solution à suivre pour contrer les problèmes sanitaires des nouvelles sociétés dites industrialisées et urbanisées. Ce nouveau courant met l'accent sur la notion de prévention de la maladie, qu'elle soit physique ou mentale, par la promotion de pratiques sanitaires adéquates.

Au Québec, les années 1840-1930 sont caractérisées par la promotion de l'hygiène publique avec la création du Conseil supérieur d'hygiène en 1887, la construction d'hôpitaux régionaux, l'ouverture de trois nouvelles facultés de médecine dans la province, mais, surtout, avec les débuts de l'intervention étatique dans le système hospitalier à la suite de la

Loi de l'assistance publique adoptée le 18 mars 1921<sup>1</sup>. En vertu de cette loi, le gouvernement du Québec procède à l'introduction d'un service d'assistance publique basé sur un partage des frais d'hospitalisation des indigents et des orphelins entre l'État provincial, les municipalités et les institutions charitables. De plus, la législation prévoit l'octroi de subventions dont le but consiste à soutenir l'accroissement des hôpitaux dans la province. Le gouvernement distribue également des sommes d'argent aux hôpitaux qui reçoivent des nécessiteux dans le but de rembourser une partie des intérêts qu'ils ont contractés au fil du temps<sup>2</sup>. La Loi de l'assistance publique vise à garantir un soutien financier aux hôpitaux afin de pallier les coûts grandissants des soins d'hospitalisation des pauvres, qui relevaient jusqu'alors en partie de la charité publique<sup>3</sup>. Toutefois, les sommes d'argent versées ne comblent pas le véritable coût d'hospitalisation d'un patient. Cela est considéré comme la grande lacune de cette loi et c'est ce qui fera l'objet de vives critiques dans les années 1940<sup>4</sup>.

La Loi de l'assistance publique de 1921 du gouvernement libéral de Louis-Alexandre Taschereau (1920-1936) représente un tournant fondamental dans l'intervention de l'État provincial en matière de politique sociale et de santé personnelle. En effet, jusqu'à cette date, l'État était resté très discret à ce niveau, son action se limitant à l'attribution de petites subventions aux institutions venant en aide aux enfants orphelins, aux jeunes délinquants ainsi qu'aux malades mentaux. La prise en charge des autres malades relevait donc de la famille, de la communauté, des organismes privés et enfin des hôpitaux majoritairement sous la responsabilité de communautés religieuses. Dans un tel contexte, il n'est pas surprenant de constater l'importance que prenait l'implication des initiatives privées dans le réseau d'entraide du Québec, par exemple les Gouttes de lait, la Société canadienne de la Croix-Rouge et la Société ambulatoire Saint-Jean.

---

<sup>1</sup> Rapport Castonguay-Nepveu, Ministère de la Santé, *L'évolution des services de santé et des modes de distribution des soins au Québec*, Jean-Yves Rivard, Gilbert Blain, Jean-Claude Martin et Yolande Taylor, annexe 2, Québec, Éditeur officiel, 1970, p.7.

<sup>2</sup> *Ibid*, p.30.

<sup>3</sup> *Ibid*, p.9.

<sup>4</sup> *Ibid*, p.60-61.



La Loi de l'assistance publique de 1921 vient propulser les actions entreprises dans le déploiement du système hospitalier au Québec. En effet, on rapporte qu'entre 1920 et 1925, le nombre d'hôpitaux publics dans la province passe de 31 à 77, soit à plus du double en 5 ans seulement. Ce développement ne cesse de progresser de sorte qu'en 1948, on dénombre 146 hôpitaux publics pour un total de 35 464 lits<sup>5</sup>. Enfin, l'espérance de vie de la population du Québec fait un bond important entre 1941 et 1961 en passant de 60 à 67 ans pour les hommes et de 63 à 73 ans du côté des femmes. Cette situation résulte notamment de la baisse considérable du taux de mortalité infantile, de mortalité maternelle ou de mortalité liée à une maladie infectieuse<sup>6</sup>.

Or, malgré le déploiement des services en santé, la situation dans la province demeure nettement en dessous du niveau général du pays. La lenteur dans l'élaboration d'un réseau public de santé au Québec pourrait servir de justification à ce retard<sup>7</sup>. Selon le politologue Yves Vaillancourt, le problème qui se fait sentir peut être attribué au fait que, d'une part, le Canada ne s'inscrit pas parmi les pays modernisés les plus avancés en matière de santé et que, d'autre part, le Québec occupe la dernière position de l'ensemble des provinces canadiennes en ce qui a trait à l'état de santé de la population avec notamment un taux de mortalité infantile élevé<sup>8</sup>. En 1957, le neurologue montréalais D<sup>r</sup> André Barbeau<sup>9</sup> écrit que seule la traditionnelle lutte pour la survivance réussit à rassembler les Canadiens français et à soulever leur indignation<sup>10</sup>. Cela explique peut-être pourquoi l'esprit de progrès ne semble pas très développé dans le cœur de la population canadienne-française :

---

<sup>5</sup> *Ibid*, p.22-23.

<sup>6</sup> François Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal, 1996, p. 63-65.

<sup>7</sup> *Ibid*, p. 65.

<sup>8</sup> Yves Vaillancourt, *L'évolution des politiques sociales au Québec*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1988, p.149.

<sup>9</sup> D<sup>r</sup> André Barbeau (1931-1986). Neurologue, auteur d'ouvrages de recherche en neurologie ayant participé à la création du Laboratoire de neurologie de l'Université de Montréal.

<sup>10</sup> André Barbeau, «Un mot d'ordre», *L'Union médicale du Canada*, tome 86, août 1957, p.825.

Il est inutile de demander à un médecin qui toute sa vie a adopté une attitude négative, qui a toujours refusé les innovations par crainte des échecs et qui, dans son isolement forcé, a gardé la plus parfaite médiocrité, de créer du jour au lendemain un esprit scientifique et progressif, d'aider les jeunes et de sacrifier un peu sa chère fortune dans des placements à longue échéance.<sup>11</sup>

## 2.2 Le dilemme fédéral-provincial et la sécurité sociale

Dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, le mouvement hygiéniste d'origine européenne s'impose de plus en plus au Canada. Or, il faut attendre la crise économique des années 1930 et ses conséquences affligeantes pour assister à une véritable prise de conscience gouvernementale concernant la question de l'accessibilité universelle aux soins de santé. Selon Guérard, la guerre, puis la période d'après-guerre, amènent une nouvelle prospérité économique de même que des changements socioéconomiques majeurs qui créent une conjoncture favorable à l'amélioration des conditions de vie des Canadiens. Cette situation, accentuée par l'utilisation massive d'une pharmacologie efficace, à savoir les antibiotiques et les vaccins, contre les infections bactériennes et par les efforts faits en hygiène depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, influence positivement la condition sanitaire de la population<sup>12</sup>.

À l'image des sociétés occidentales, l'État canadien s'engage durant l'après-guerre dans l'expansion des services sociaux offerts à la population. Avec la montée du mouvement hygiéniste, la nécessité d'une prise en charge des soldats de retour dans leur pays et le besoin de s'adapter à une économie capitaliste en pleine mutation, le fédéral s'ingère de plus en plus dans certains domaines, notamment en matière de santé et de sécurité sociale. Enfin, le contexte de la crise économique et, plus tard, celui de la Deuxième Guerre mondiale viennent rapidement confirmer le rôle de leader joué par le gouvernement fédéral dans l'établissement de politiques sociales. Toutefois, la sphère sociale étant sous juridiction provinciale selon l'Acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867, il ne faut pas s'étonner de voir les initiatives du fédéral en matière de santé et sécurité sociale se heurter à plusieurs reprises aux

---

<sup>11</sup> *Ibid*, p.826.

<sup>12</sup> Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, p. 61.

refus des dirigeants provinciaux. Le premier ministre du Québec Maurice Duplessis, qui milite en faveur de l'autonomie provinciale, est l'un des principaux politiciens réfractaires à l'incursion de l'État canadien dans des champs de compétence du provincial. Or, en dépit des oppositions soulevées par certains leaders et groupes d'individus dits traditionalistes, le gouvernement central se veut de plus en plus fort et centralisateur.

Déposé le 16 mars 1943, le Rapport sur la sécurité sociale au Canada, ordonné par le fédéral, confirme la volonté du gouvernement canadien d'emboîter le pas vers le modèle de l'État-providence. La rédaction de ce rapport, connu sous le nom de rapport Marsh, reste fortement influencée par la publication en 1942 du rapport américain Burns et, surtout, la même année du rapport britannique Beveridge, qui proposent tous les deux des plans d'actions pour protéger la population des « risques sociaux<sup>13</sup> ». Partageant des conclusions semblables aux documents américain et britannique, le rapport Marsh propose la création d'un programme étoffé dont l'objectif vise à s'adapter au nouveau modèle préconisé par les sociétés modernes et également à prévenir d'éventuelles crises, comme celle des années 1930, avec l'intervention accrue de l'État canadien en matière de sécurité sociale. En ce sens, le rapport Marsh peut apparaître comme « l'acte de naissance de l'État-providence<sup>14</sup> » au Canada.

À la suite de ce rapport, le fédéral adopte plusieurs lois sociales qui confirment davantage la volonté d'agir du gouvernement canadien, telles que la Loi sur les allocations familiales en 1944, la Loi sur l'assistance-chômage en 1956 et la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques de 1957. Une des politiques fédérales de l'époque sera regardée de plus près, soit le programme de subventions à la santé nationale de 1948 parce qu'elle aura des répercussions importantes dans l'évolution future du domaine psychiatrique au Québec.

---

<sup>13</sup> Vaillancourt, *L'évolution des politiques sociales au Québec*, p. 96-97.

<sup>14</sup> Paul-André Linteau, René Durocher, Jean-Claude Robert, François Ricard, *Histoire du Québec contemporain*, tome 2, Montréal, Boréal, 1989, p. 90.

### 2.2.1 Le programme de subventions à la santé nationale de 1948

À la suite du rapport Marsh de 1943, le gouvernement fédéral se montre impatient devant le besoin d'implanter une réforme du système sanitaire canadien. Or, la réticence des provinces face au programme fédéral force le gouvernement central à modérer la cadence et à proposer plutôt la mise sur pied de programmes de manière graduelle. L'empressement du fédéral d'intervenir dans le domaine de la santé s'essouffle donc et fait tranquillement place à un engouement réduit durant l'après-guerre.

En 1948, le fédéral met sur pied le programme de subventions à la santé nationale. Vaillancourt en parle comme du « testament politique de Mackenzie King<sup>15</sup> », chef du Parti libéral au pouvoir de 1921 à 1930, puis de 1935 à 1948. En allouant aux provinces des subventions destinées à l'hygiène, l'État canadien souhaite améliorer le niveau général de santé de la population du pays. Il entreprend de faire campagne en santé publique, en agissant notamment contre les maladies à risque, telles que le cancer, la tuberculose, les maladies transmissibles sexuellement, les affections déformantes chez les enfants et les maladies mentales. Le fédéral octroie des subventions dans le but de supporter les démarches entreprises pour l'amélioration du système de soins de santé publique dans toutes les provinces et les territoires du pays, telles que la construction d'hôpitaux généraux et psychiatriques, la formation spécialisée et la recherche. Dans la revue *Union médicale du Canada*, on retrouve une description des réalisations accomplies par le ministre de la Santé nationale et du bien-être social, Paul Joseph James Martin. On souligne l'importance des sommes allouées en hygiène, notamment dans l'élargissement du réseau de cliniques d'hygiène mentale, l'achat d'instruments adéquats et l'accroissement du nombre de professionnels dans le domaine de la santé<sup>16</sup>. Membre du cabinet libéral de 1946 à 1957, Martin est l'un des principaux artisans dans le développement d'une politique sociale au Canada.

---

<sup>15</sup> Vaillancourt, *L'évolution des politiques sociales au Québec*, p.180.

<sup>16</sup> « Service d'hygiène mentale à l'hôpital général d'Ottawa », *L'Union médicale du Canada*, tome 81, novembre 1952, p.1360.

Dès la première année du programme de 1948, les subventions conditionnelles accordées aux provinces se répartissent de la manière suivante: 13 millions de dollars pour la construction d'hôpitaux, 4 millions de dollars pour la santé publique, 4 millions de dollars pour les maladies mentales, 3 millions de dollars pour la tuberculose, 3,5 millions de dollars pour le cancer, 500 000 dollars pour les enfants infirmes et 100 000 dollars pour la recherche en hygiène publique. Ainsi, avec le renouvellement annuel du programme de subventions, le Québec reçoit de 1948 à 1953 près de 29 millions sur l'ensemble des 94 millions donnés par le fédéral<sup>17</sup>. La majeure partie de cette somme est allouée à la construction de nouveaux hôpitaux. En effet, comme l'affirme Guérard:

Alors même que les efforts d'hygiène publique entrepris depuis plusieurs décennies paraissent porter leurs fruits, la médecine en institution passe à l'avant-scène et y demeurera.<sup>18</sup>

Le réseau hospitalier connaît une croissance fulgurante avec une augmentation marquée du nombre de lits. Avec le soutien financier du fédéral, la construction et l'agrandissement d'hôpitaux deviennent les objectifs premiers de l'État provincial en matière d'hygiène publique et ce, jusque dans les années 1960. De 1944 à 1958, le gouvernement provincial investit la somme faramineuse de 149 millions à cette fin. En 1941, on dénombre au Québec 125 établissements hospitaliers, exception faite des hôpitaux relevant du fédéral, des sanatoriums et des institutions psychiatriques, alors qu'en 1961, on en compte 275, soit plus du double<sup>19</sup>. De 1939 à 1960, le nombre de lits et de berceaux passe de 30 900 à 63 400<sup>20</sup>. Ce développement du réseau hospitalier vient répondre aux besoins qui se font sentir avec la hausse d'occupation des lits qui passe de 3,7 jours en 1941 à 8,5 jours vingt ans plus tard<sup>21</sup>.

---

<sup>17</sup> Vaillancourt, *L'évolution des politiques sociales au Québec*, p. 180-181.

<sup>18</sup> Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, p. 68.

<sup>19</sup> *Ibid*, p.68-74.

<sup>20</sup> Aline Charles, François Guérard et Yvan Rousseau, «L'Église, les assureurs et l'accès aux soins hospitaliers au Québec, 1939-1960», *Études d'histoire religieuse*, volume 69, 2003, p.34.

<sup>21</sup> Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, p.68.

### 2.3 La psychiatrie et le réseau asilaire québécois

Les établissements psychiatriques connaissent une évolution parallèle au réseau de santé. Au Québec, il convient de mentionner que l'action du gouvernement en psychiatrie remonte à bien avant la Loi de l'assistance publique de 1921, avec l'adoption de la Loi sur les asiles d'aliénés de 1879. Cette législation, qui sera plusieurs fois modifiée jusqu'en 1945, prévoit un partage des frais d'hospitalisation des patients en institution psychiatrique entre le provincial et les municipalités. En 1941, le gouvernement crée une division des hôpitaux psychiatriques qui, pendant deux décennies, restera sous la direction d'un médecin non-psychiatre ne recevant aucune aide de spécialistes. Puis, à partir de 1945, le gouvernement provincial s'affirme davantage et devient l'unique pourvoyeur en supportant l'entière responsabilité des frais d'hospitalisation des malades mentaux, frais qui sont fixés par des contrats passés entre l'État et les dirigeants des institutions<sup>22</sup>. Or, malgré cette incursion gouvernementale en matière de sécurité sociale, le pouvoir de l'État en psychiatrie demeure encore très sommaire. D'ailleurs, tout comme la majorité des hôpitaux généraux du Québec, les institutions psychiatriques restent essentiellement sous le contrôle de l'Église.

#### 2.3.1 Intérêt grandissant pour la santé mentale

Si la communauté médicale connaît un développement fort impressionnant, la psychiatrie reste sans contredit la spécialité qui retient le plus l'attention du milieu médical, des médias et de l'opinion publique au cours des années 1950.

L'intérêt grandissant envers la psychiatrie depuis la Deuxième Guerre mondiale est incontestablement lié à l'accroissement majeur du nombre de malades mentaux déclarés. En effet, on estime que les troubles psychologiques affectent à des degrés différents approximativement 10% de la population<sup>23</sup>. En 1960, les Canadiens souffrant d'un trouble mental représentent une portion considérable de la population totale avec un rapport de 4 malades pour 1000 Canadiens. Ce ratio exclut les névrosés, les psychosomatiques et les

---

<sup>22</sup> *Ibid*, p. 87.

<sup>23</sup> « Services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux », *L'Union médicale du Canada*, tome 80, décembre 1951, p.1385.

malades atteints de problèmes fonctionnels<sup>24</sup>. Dans un discours donné lors d'une rencontre de la *Canadian Mental Health Association* le 5 mai 1960, le D<sup>r</sup> Charles Robert soutient qu'un Canadien sur 250 est reçu chaque année dans une institution psychiatrique. On estime qu'une personne sur 16 née à cette époque séjournera au cours de sa vie dans une institution psychiatrique<sup>25</sup>. En 1948, on dénombre 146 institutions hospitalières publiques (35 464 lits) et 51 établissements privés (708 lits). Sur un total de 36 172 lits, on compte 15 738 lits attribués aux maladies mentales, soit près de la moitié<sup>26</sup>.

Selon des recherches effectuées par Courteau, on compte en 1949 à Saint-Jean-de-Dieu 6122 patients alors que la capacité théorique de l'établissement se chiffre à 3684 lits, ce qui semble être une situation clairement insoutenable<sup>27</sup>. En 1961, rien n'est changé à Saint-Jean-de-Dieu qui accueille près de 5600 patients alors que sa capacité réelle est de 3908 malades<sup>28</sup>. L'Hôpital Saint-Michel-Archange, affilié à l'Université Laval depuis 1924, connaît également le même problème de surpeuplement alors qu'on entasse les patients dans des dortoirs regroupant parfois une centaine de malades<sup>29</sup>.

Devant l'ampleur du phénomène, les psychiatres tentent de repérer les raisons qui expliqueraient cette hausse fulgurante du nombre de malades. Les principales raisons énumérées reposent sur l'accroissement du taux de naissance et l'augmentation de l'espérance de vie attribuable aux efforts accomplis en hygiène publique. On reconnaît également

---

<sup>24</sup> Jean-Marc Bordeleau, « Regard sur la psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, tome 89, janvier 1960, p.1.

<sup>25</sup> C.A. Roberts, «Modern Treatment for Mental Illness», *Canadian Medical Association journal*, vol. 83, no 12, 17 septembre 1960, p.648.

<sup>26</sup> Rapport Castonguay-Nepveu, p.23.

<sup>27</sup> Bernard Courteau, *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis-H.-Lafontaine*, Montréal, Éditions du Méridien, 1989, p. 107.

<sup>28</sup> Françoise Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 2003, p.50-55.

<sup>29</sup> Jules Lambert, *Mille fenêtres*, Beauport, Centre hospitalier Robert-Giffard, 1995, p. 81.

l'apport des progrès scientifiques en psychiatrie qui permettent de déceler chez certains malades des problèmes psychiques qui n'auraient pas été détectés auparavant :

Cependant toute médaille a deux côtés et nous devons constater que les équilibres naturels sont rompus ; que la sélection naturelle n'est plus sur le même plan qu'elle était et qu'à cause de toutes ces médications biologiques, des quantités d'arriérés mentaux et de séniles continuent de vivre. Ce sont des facteurs qui jouent un rôle important dans le nombre plus élevé des malades mentaux et, à titre d'exemple, l'âge moyen des décès en 1955 à l'Hôpital Saint-Michel-Archange a été de 70 ans alors qu'il était de 52 ans en 1924.<sup>30</sup>

Dans l'article « Parce qu'on manque de place dans les asiles » du journal *Vrai*, le journaliste Albert Dubreuil présente les conséquences directes de la surpopulation des hôpitaux psychiatriques et des départements de neuropsychiatrie des hôpitaux généraux :

Les maladies mentales posent dans tous les pays du monde un problème grave depuis plus d'un siècle. Ce problème a pris des proportions catastrophiques depuis la fin de la dernière guerre, et la province, disons-le tout de suite, n'est pas la seule contrée du globe où les institutions spécialisées, faute de place, se trouvent dans l'incapacité de recevoir tous les déséquilibrés dont l'état nécessite un traitement immédiat.<sup>31</sup>

Ainsi, il apparaît presque impossible de traiter des patients entassés dans une salle où se côtoient des cas divers et hétérogènes, par exemple la schizophrénie, la névrose, l'amnésie et le parkinson. Le D<sup>r</sup> Gaston Loignon, directeur médical de Saint-Jean-de-Dieu, affirme que la liste d'admissions pour cet établissement compte plus de 800 malades en attente<sup>32</sup>. Selon le psychiatre D<sup>r</sup> Jean-Marc Bordeleau<sup>33</sup>, une telle croissance dans un contexte de pessimisme thérapeutique force les autorités d'établissements psychiatriques à dépasser leur réelle capacité d'accueil :

---

<sup>30</sup> Lucien Larue, « L'institution d'un département de psychiatrie », *Laval médical*, vol. 23, no 1, septembre 1957, p.358.

<sup>31</sup> Albert Dubreuil, « Parce qu'on manque de place dans les asiles, 14 démentes emprisonnées au poste de police no 1 », *Vrai*, vol. 2, no 29, 5 mai 1956, p.3.

<sup>32</sup> *Ibid.*

<sup>33</sup> Dr. Jean-Marc Bordeleau. Psychiatre à Louis-H. Lafontaine (1965-1972). Surintendant médical (1968-1971). Codirecteur du service de recherche (1965-1972).



Cet abandon a permis aux administrateurs d'augmenter progressivement le nombre des lits, et des hôpitaux qui avaient au moment de leur fondation de 700 ou 800 lits ont pu atteindre des chiffres aussi effarants que 14, 000 lits. Comme les traitements étaient limités et peu efficaces, le nombre des admissions dépassait toujours de beaucoup celui des sorties et des mortalités naturelles ; il est difficile de blâmer ceux qui avaient une tâche impossible à remplir.<sup>34</sup>

L'augmentation de la population hospitalisée constitue l'un des problèmes majeurs avec lequel l'ensemble de la communauté médicale et plus particulièrement le milieu psychiatrique doivent composer. En effet, l'accroissement du nombre de malades chroniques dans les hôpitaux ne fait qu'alourdir encore davantage le fardeau fiscal de la société<sup>35</sup>. Bien qu'ils portent le titre de malade, les chroniques restent souvent associés aux cas incurables<sup>36</sup>. Or, le problème repose essentiellement sur les nombreux cas de malades pour qui les traitements restent toujours inefficaces. Cette situation explique le grand intérêt que suscite la maladie chronique dans la littérature médicale :

Dans l'état actuel des choses, les maladies chroniques sont en passe de devenir le plus grand champ d'action de la médecine, des disciplines connexes, de tous ceux qui s'intéressent de près ou de loin aux questions de santé et à leurs répercussions sur l'individu et sur la société. À la lumière des prévisions démographiques et de données épidémiologiques très fragmentaires, tout concourt à faire voir que la présente décennie n'est qu'un sursis à comparer aux années qui suivront 1970.<sup>37</sup>

En psychiatrie, les schizophrènes représentent le groupe de malades chroniques le plus imposant. Lors du deuxième Congrès mondial de psychiatrie à Zurich en 1957, des psychiatres provenant de 58 nations différentes font état des nombreuses recherches scientifiques effectuées au sujet de cette maladie. En effet, la schizophrénie apparaît comme

---

<sup>34</sup> Jean-Marc Bordeleau, « Congrès mondial de psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, tome 90, juillet 1961, p. 724.

<sup>35</sup> E. Laurendeau, « Les maladies chroniques ou maladies prolongées problème médical et social », *L'Union médicale du Canada*, tome 82, octobre 1953, p. 1118.

<sup>36</sup> Marcel Langlois, « L'intégration des malades chroniques dans l'orbite de l'hôpital général », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol. 5, no 4, avril 1959, p. 25.

<sup>37</sup> Gustave Gingras et Gilberte Gagnon, « Maladies chroniques et assurance-hospitalisation », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol. 7, no 10, octobre 1961, p. 72.

un très grand défi pour la psychiatrie et pour l'ensemble de la médecine contemporaine<sup>38</sup>. Le neuropsychiatre montréalais, Dr Roma Amyot<sup>39</sup> résume la situation comme suit : « Que de recherches pour trouver la cause d'un tel mal! Et que d'échecs! <sup>40</sup> »

Des études à l'époque évaluent que chaque enfant venant au monde en Europe et en Amérique possède 1% de risque de développer la schizophrénie s'il passe le cap des 55 ans. Si les personnes atteintes de cette maladie possèdent une espérance de vie normale, les avancées réalisées en psychiatrie permettent dans très peu de cas aux schizophrènes de vivre à l'extérieur d'un établissement spécialisé. La schizophrénie perturbe à ce point l'état mental du malade qu'il devient souvent impossible d'éviter l'internement<sup>41</sup>. D'ailleurs, le traitement des schizophrènes doit en général avoir lieu dans un endroit clos, notamment en période critique<sup>42</sup>. Cela explique en partie pourquoi ces malades forment une proportion considérable de la population internée dans les hôpitaux psychiatriques<sup>43</sup>.

L'intérêt suscité par la psychiatrie dans l'après-guerre n'est pas uniquement lié à l'accroissement du nombre de malades mentaux diagnostiqués. En effet, l'expérience issue de la Deuxième Guerre mondiale va jouer un rôle fondamental dans l'évolution du concept de la maladie mentale alors que plusieurs soldats reviennent de la guerre avec des troubles profonds d'ordre psychiatrique. Aux États-Unis, on estime que 37% des recrues refusées dans l'armée américaine ou licenciées ont été mises à l'écart pour des raisons d'ordre

---

<sup>38</sup> Marcel Berthiaume, « Congrès international de psychiatrie Zurich 1957 », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, novembre 1957, p.1281-1282.

<sup>39</sup> Dr. Roma Amyot (1899-1983). Neuropsychiatre de Montréal.

<sup>40</sup> Roma Amyot, «Éditorial », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, juillet 1957, p.783.

<sup>41</sup> « La schizophrénie juvénile », *Canadian Medical Association journal*, vol. 82, no 5, 30 janvier 1960, p.272.

<sup>42</sup> C.-A. Gauthier et Maurice Coulombe, « La psychiatrie dans l'hôpital général », *L'Union médicale du Canada*, tome 87, janvier 1958, p.13

<sup>43</sup> « La schizophrénie juvénile », p.272.

psychologique<sup>44</sup>. Le phénomène prend une telle ampleur au Canada qu'au milieu des années 1950, les patients en psychiatrie constituent une part très importante de la population à l'Hôpital Sainte-Anne. Cette situation confère ainsi une vocation psychiatrique à l'institution militaire.

Le retour de plusieurs soldats de la guerre fait prendre conscience de la fragilité psychologique de l'être humain. Alors qu'autrefois, la folie était perçue comme une réalité liée à la pauvreté, voire au vice, la maladie mentale s'acharne désormais sur des individus au parcours glorieux, c'est-à-dire les combattants. Désormais, on constate que personne n'est totalement à l'abri de la maladie mentale :

Nous relevons tous, périodiquement, de la psychiatrie. C'est une vérité qu'il ne faut pas craindre d'affronter. Songeons encore à nos petits égarements pugnaces, à nos moues protestataires, à nos désirs parfois si peu orthodoxes, et retenons bien que la psychologie du névrosé, du psychosé et du normal sont qualitativement de même nature; les différences sont uniquement quantitatives.<sup>45</sup>

Dans ce contexte d'après-guerre, une initiative du président américain Truman sert de modèle à son homologue canadien Mackenzie King dans l'adoption du programme de subventions à la santé nationale de 1948<sup>46</sup>. En effet, depuis longtemps, l'histoire canadienne témoigne de l'importance des expériences vécues par ses voisins américains comme source d'influence. À l'image de la situation canadienne, les décennies 1940-1960 représentent une période de grande agitation dans la vie politique américaine alors que le gouvernement central s'impose progressivement dans le domaine de la santé et des services sociaux, notamment en santé mentale<sup>47</sup>. Avec le *National Mental Health Act*, signé par le président Truman en juillet 1946, le gouvernement américain met en place pour la première fois de son

---

<sup>44</sup> « Services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux », p.1385.

<sup>45</sup> Jean Saucier, « La psychiatrie et la tolérance qu'elle inspire », *L'Union médicale du Canada*, tome 85, novembre 1956, p.1312.

<sup>46</sup> *Ibid.*

<sup>47</sup> Yves Lecomte, «Le processus de désinstitutionalisation aux États-Unis (première partie)», *Santé mentale au Québec*, vol. XIII, 1, p.34-35.

histoire un véritable plan d'action au sujet de la question de la santé mentale. Ce programme prévoit l'allocation de subventions en partie destinées à la création de programmes de recherche dans le développement de nouvelles thérapeutiques<sup>48</sup>. L'impressionnant budget alloué à ce programme sera de près de 80 millions<sup>49</sup>. Ainsi, le gouvernement américain apparaît comme un véritable précurseur dans l'implantation de sa politique en santé mentale.

### 2.3.2 L'application du programme fédéral de 1948 en psychiatrie

La lutte qui s'opère contre les affections mentales va de pair avec le mouvement d'hygiène qui traverse l'ensemble du monde médical grâce au programme de subventions à la santé nationale de 1948. Dans le domaine de la psychiatrie, cette lutte pour la prévention et le traitement précoce des affections mentales a pour objectif de contrer l'hospitalisation et la chronicité chez le patient. À l'aide de ce programme, le gouvernement canadien souhaite sensibiliser davantage l'opinion publique à la santé mentale en ciblant les écoles et la communauté. Dans cette optique, une partie des subventions gouvernementales est destinée à la production de films pour le grand public, films traitant de ce sujet encore méconnu qu'est la maladie mentale<sup>50</sup>. Dans une lettre de 1950 adressée au D<sup>r</sup> Charles Stogdill, chef du *Mental Health Division*, le D<sup>r</sup> L.R. Vézina évoque l'existence d'un projet cinématographique en versions française et anglaise qui porterait sur les institutions psychiatriques<sup>51</sup>.

En outre, une partie des sommes accordées aux provinces canadiennes en hygiène est investie directement dans la formation de nouveaux psychiatres. Ces subventions allouées par le gouvernement fédéral canadien en hygiène mentale vont permettre une augmentation

---

<sup>48</sup> *Ibid*, p.39.

<sup>49</sup> Hubert A. Wallot, *La danse autour du fou*, Beauport, Publications MHN, 1998, p.142.

<sup>50</sup> Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-484/ 198, The Fifth Meeting of the Advisory Committee on Mental Health, 22-23 janvier 1951, p.21.

<sup>51</sup> Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-484/ 198, Lettre du Dr. L.R.Vézina au Dr. Charles Stogdill, chef du Mental Health Division, Ottawa, 25 août 1950.

phénoménale du nombre de psychiatres québécois au cours des années 1950-1962. Boudreau souligne l'importance de cette croissance du nombre de psychiatres qui passe de 15 à 170 entre 1950 et 1962<sup>52</sup>. Or, si le nombre de psychiatres augmente de manière fulgurante au cours des années 1950, la situation apparaît encore très précaire. En 1961, l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu emploie 17 psychiatres et 33 généralistes qui travaillent uniquement à temps partiel pour 5672 patients alors que l'*American Psychiatric Association* recommande au moins 75 médecins à temps complet pour le même nombre de malades<sup>53</sup>. Ainsi, les psychiatres ne réussissent pas à répondre aux besoins immédiats en matière de santé mentale au Québec<sup>54</sup>. La situation est telle qu'« il manque encore beaucoup d'ouvriers dans le vaste champ de la psychiatrie<sup>55</sup> ».

Malgré les sommes gouvernementales investies dans la formation de psychiatres, la pénurie de psychiatres persiste face aux besoins à combler. Dans les années 1950, les journaux accusent l'exode des spécialistes d'être à l'origine du problème. Le psychiatre D<sup>r</sup> Jean-Marc Bordeleau s'attriste de constater que le Canada voit chaque année des étudiants canadiens s'exiler aux États-Unis où de meilleures conditions de travail les attendent<sup>56</sup>. Dans le journal *Le Doc*, destiné aux étudiants en médecine de l'Université de Montréal, le D<sup>r</sup> Gilles Poupart sensibilise les lecteurs à l'exode des spécialistes en psychiatrie chez nos voisins américains. Dans le but d'attirer de nouveaux venus, l'État de New York offre aux étudiants canadiens la possibilité de participer à un stage bien rémunéré. Parce qu'ils offrent un salaire nettement supérieur aux institutions canadiennes, les hôpitaux américains réussissent à recruter de nombreux finissants canadiens dans leur rang. Le D<sup>r</sup> Poupart relate le cas d'un

---

<sup>52</sup> Boudreau, «La psychiatrie québécoise depuis 1960: de structure en structure, la loi du plus fort est-elle toujours la meilleure?», p.30.

<sup>53</sup> Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, p.49.

<sup>54</sup> Gérard Beaudoin, « Le follow-up des malades psychiatriques après l'hospitalisation », *L'Union médicale du Canada*, tome 90, septembre 1961, p.966.

<sup>55</sup> Bernadette Lépine, « À l'institut Albert Prévost », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol. 2, no 3, mars 1956, p.19.

<sup>56</sup> Bordeleau, « Regard sur la psychiatrie », p.1.

hôpital psychiatrique dans lequel on estime à plus de 80% les médecins d'origine ethnique autre qu'américaine :

Cette attitude d'esprit de la part de nos voisins qui, à l'aide de leurs dollars, attirent vers eux le capital humain étranger contraste avec celle retrouvée dans le rapport de l'assemblée générale spéciale du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, tenue le 26 avril 1955, où est exprimée l'inquiétude de certains médecins devant la saturation en personnel médical de notre province.

Nos universités canadiennes alimenteront-elles le marché américain du travail? Pourrions-nous reprocher à l'étudiant de préférer un pays qui l'accepte et d'opter pour une situation et une sécurité sociales plus acceptables et assurées? <sup>57</sup>

Il faut toutefois demeurer prudent lorsque les sources parlent d'exode et de pénurie de spécialistes dans le champ de la psychiatrie. Les discours sur l'exode des spécialistes semblent récurrents dans l'histoire médicale. Or, il s'agit dans ce cas-ci d'une pénurie fortement discutable puisque le nombre de psychiatres pratiquant au Québec connaît, on vient de le voir, une croissance remarquable au cours des années 1950. Une augmentation qui, cependant, n'arrive manifestement pas à combler la demande croissante.

#### 2.4 Laïcisation du personnel

Dans l'histoire du Canada français, puis de la province de Québec, le secteur hospitalier est dominé par les communautés religieuses féminines, qui siègent à la direction d'une grande partie des grands hôpitaux. À l'aube du XX<sup>e</sup> siècle, le personnel des hôpitaux se compose donc en presque totalité de membres du clergé. Les religieuses demeurent à la tête d'hôpitaux généraux, mais également d'institutions spécialisées, telles que les établissements psychiatriques et les sanatoriums. En 1939, elles possèdent la mainmise sur 39% des hôpitaux de la province, ce qui équivaut à 62% des lits du réseau de santé<sup>58</sup>. En 1948, près de 3/4 des lits (72,2%) d'hôpitaux demeurent dans des établissements sous l'autorité de l'Église, alors

---

<sup>57</sup> Gilles Poupart, « Si vous aviez passé l'été. En psychiatrie », *Doc*, vol. v, no 2, 7 octobre 1955, p.5.

<sup>58</sup> Charles, Guérard et Rousseau, « L'Église, les assureurs et l'accès aux soins hospitaliers au Québec », p.31.

que 1/4 des lits (25,2%) relèvent d'unions laïques, telles que les unions corporatives et gouvernementales<sup>59</sup>. Bref, Guérard affirme que contrairement aux conceptions classiques véhiculées au sujet de l'Église, les congrégations religieuses ne possèdent pas un pouvoir absolu sur l'ensemble du réseau hospitalier<sup>60</sup>. Mais s'il est vrai que l'Église doit partager cette sphère avec d'autres acteurs, elle possède sans contredit une influence fondamentale dans le système de soins de santé du Québec.

L'élément religieux reste très présent dans les établissements psychiatriques catholiques. Constitués en municipalité, Saint-Jean-de-Dieu et Saint-Michel-Archange possèdent leur propre paroisse avec une chapelle dans laquelle on célèbre mariages, funérailles et autres services religieux<sup>61</sup>.

À partir de la décennie 1940, la totalité du milieu médical au Québec, plus particulièrement du côté francophone, fait face à une période de grande mutation. L'accroissement du réseau de santé nécessite un personnel de plus en plus considérable que l'Église n'arrive plus à combler avec son personnel religieux. L'entrée en masse de laïcs dans le domaine des soins de santé marque un moment important dans l'histoire des travailleurs de la santé. L'arrivée du personnel laïc dans les hôpitaux catholiques favorise l'apparition d'associations syndicales qui militent pour un meilleur contexte de travail et une hausse de la rémunération<sup>62</sup>. Jeune témoin de la vie à l'intérieur des murs de Saint-Michel-Archange, le Dr Jules Lambert dresse dans *Mille fenêtres* un portrait de la composition du personnel de l'institution :

Le chiffre total des membres du personnel qui sera de 1317 en 1958, de 1346 en 1959 et de 1790 en 1962 était, en 1956, de 1147 au nombre desquels on comptait 210 religieuses, 50 médecins, spécialistes consultants et étudiants de 5<sup>e</sup> année en médecine, 49 infirmiers

---

<sup>59</sup> Rapport Castonguay-Nepveu, p.24.

<sup>60</sup> Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, p.68.

<sup>61</sup> Courteau, *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis-H.-Lafontaine*, p.116.; Lambert, *Mille fenêtres*, p.81.

<sup>62</sup> Charles, Guérard et Rousseau, «L'Église, les assureurs et l'accès aux soins hospitaliers au Québec», p.31; Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, p.34.

et infirmières en psychiatrie, 51 infirmiers et infirmières gradués, 63 étudiantes infirmières ou affiliées, 30 infirmières et un infirmier religieux ayant suivi le cours de perfectionnement en psychiatrie, 486 surveillants et surveillantes auxquels s'ajoutaient cinq aumôniers, une dizaine de techniciens et de techniciennes, deux psychologues, un photographe, 13 employés de bureau ainsi que les membres des différents corps de métier et un ingénieur.<sup>63</sup>

Depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle, l'accent mis sur l'élaboration de mesures préventives en santé vient confirmer de plus en plus le rôle prédominant d'une médecine renouvelée basée sur un savoir moderne qui requiert un personnel médical et infirmier formé et spécialisé. Afin de répondre à cette demande, on assiste à la création de plusieurs écoles d'infirmières en milieu hospitalier qui initient les étudiantes à la pratique future. On répertorie environ 10 institutions de formation en soins infirmiers en 1900, alors qu'en 1930 on en compte près de 40<sup>64</sup>. Devant le besoin urgent de former un personnel infirmier qualifié en psychiatrie, le Ministère de la Santé et l'Université Laval font pression sur la direction de Saint-Michel-Archange pour que les infirmières graduées puissent recevoir une formation supplémentaire en neuropsychiatrie, formation qui sera donnée dès 1949<sup>65</sup>. Cette augmentation importante du nombre d'écoles d'infirmières va de pair avec un accroissement accru du nombre de diplômées. Selon Guérard, les infirmières laïques éprouvent toutefois des difficultés à faire leur place sur le marché du travail et à recevoir un salaire acceptable en raison de la prépondérance des religieuses dans le milieu hospitalier<sup>66</sup>.

Quoi qu'il en soit, l'entrée massive de ce personnel infirmier vient augmenter de façon importante le nombre d'employés laïcs dans le milieu hospitalier. Guérard résume:

---

<sup>63</sup> Lambert, *Mille fenêtres*, p. 86.

<sup>64</sup> Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, p. 58.

<sup>65</sup> Lambert, *Mille fenêtres*, p.85.

<sup>66</sup> Guérard, *Histoire de la santé au Québec*, p. 58-59.



Le mouvement de professionnalisation des infirmières, l'augmentation rapide de leur effectif participent d'un processus plus large de médicalisation dans la société québécoise, perceptible également à l'échelle du réseau hospitalier et de l'hygiène publique.<sup>67</sup>

Dès les années 1930, le nouveau personnel laïc s'organise en syndicats locaux qui ensemble s'associent dans le but d'obtenir des meilleures conditions de travail. Puis en 1943, la Commission du salaire minimum vient imposer une rémunération minimale aux différents genres d'emplois du milieu hospitaliers<sup>68</sup>.

Si le personnel hospitalier se compose majoritairement de femmes, le domaine médical reste essentiellement dominé par la présence masculine. Entre 1941 et 1961, le nombre de médecins par rapport à la population s'accroît à un rythme accéléré, passant d'un médecin pour 1054 habitants à un pour 853 habitants<sup>69</sup>. Bref, de 1948 à 1967, le nombre de médecins se multiplie par deux en passant de 3720 à 7475 médecins. En outre, on assiste à une spécialisation accrue des médecins. En 1948, seulement le quart des médecins possèdent un diplôme de spécialisation. Or, au moment de la rédaction de l'annexe 2 du rapport Castonguay-Nepveu publié en 1970, ces derniers comptent maintenant pour 45% alors que les généralistes ne représentent que 31% de l'ensemble des médecins<sup>70</sup>. Ainsi, grâce aux subventions de 1948, les médecins généralistes ainsi que les spécialistes, dont le nombre ne cesse de s'accroître, imposent graduellement leur conception de la médecine et revendiquent leur place dans les postes-clés que les dirigeantes des congrégations se réservent :

La médecine et l'hôpital sont désormais étroitement associés, de sorte que les religieuses gèrent des établissements dont la vocation curative éclipse de plus en plus la vocation charitable qui leur est chère. L'hôpital est devenu un lieu privilégié d'exercice pour la médecine. Ajoutons à cela que les succès thérapeutiques majeurs de l'après-guerre confèrent aux médecins un prestige, une légitimité qui pèsent lourd dans leurs requêtes adressées aux autorités hospitalières.<sup>71</sup>

---

<sup>67</sup> *Ibid*, p. 59.

<sup>68</sup> *Ibid*, p.69-70.

<sup>69</sup> *Ibid*, p.70.

<sup>70</sup> Rapport Castonguay-Nepveu, p.38.

Si cette situation perdure depuis longtemps, on ressent chez les médecins et spécialistes canadiens-français une volonté d'appropriation de l'entière responsabilité du domaine médical. En psychiatrie, cette volonté culminera avec la publication du rapport Bédard en 1962.

En 1955, le D<sup>r</sup> Paul David<sup>72</sup>, directeur médical de l'Institut de Cardiologie de Montréal, prétend que si les Canadiens français veulent suivre les progrès scientifiques de la médecine depuis la Deuxième Guerre mondiale, ils doivent chercher à développer un esprit de collaboration entre eux et à mettre fin à la rivalité qui existe entre les différentes institutions hospitalières francophones. Dans son article intitulé « La recherche est-elle possible dans un hôpital canadien-français? », David affirme que le monde médical francophone devrait s'unir avec l'objectif de combattre les problèmes financiers des hôpitaux francophones. À cette époque, la recherche semble presque totalement absente des hôpitaux canadiens-français. Cette situation ne fait qu'accentuer davantage leur situation d'infériorité à l'égard des établissements anglophones<sup>73</sup> :

Nous sommes dans un état d'infériorité dégradant en face des institutions de langue anglaise, qui n'hésitent pas à se grouper pour défendre leurs intérêts généraux.<sup>74</sup>

Dans la littérature psychiatrique, les milieux anglo-américain et canadien-anglais sont désignés comme un exemple de réussite en médecine<sup>75</sup>. Le D<sup>r</sup> François Cloutier<sup>76</sup> affirme ceci :

---

<sup>71</sup> Charles, Guérard et Rousseau, « L'Église, les assureurs et l'accès aux soins hospitaliers au Québec », p.33.

<sup>72</sup> Dr. Paul David (1919-1999). Médecin spécialisé en cardiologie, le Dr. David s'est illustré à l'Institution de Cardiologie de Montréal qu'il fonda à l'aide des Sœurs Grises en 1954. En 1985, il poursuit son œuvre au sein du Sénat canadien.

<sup>73</sup> Paul David, « La recherche est-elle possible dans un hôpital canadien-français? », *L'Union médicale du Canada*, tome 84, novembre 1955, p.1243.

<sup>74</sup> *Ibid.*

<sup>75</sup> Georges-Étienne Cartier, « Réflexions sur l'Hôpital canadien-français en fonction du temps présent », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol. 4, no 4, avril 1958, p.37.

Or il faut bien l'avouer, la psychiatrie canadienne d'expression française n'existe pas sur le plan international. On connaît très bien par contre, la psychiatrie canadienne de langue anglaise qui, d'ailleurs, mérite largement cette reconnaissance.<sup>77</sup>

Cette situation résulte selon lui de l'inadéquation de l'enseignement dispensé dans les facultés francophones de médecine et de la défaillance du réseau psychiatrique, notamment en ce qui a trait au manque d'institutions spécialisées ou de services dans les hôpitaux généraux<sup>78</sup>.

Au cours des années 1950, la communauté médicale canadienne-française s'efforce de rattraper son retard scientifique. Parmi les disciplines médicales, la psychiatrie est toujours apparue comme l'enfant pauvre en raison de la nature même de la maladie qu'elle traite. En effet, la psychiatrie et la médecine diffèrent depuis longtemps aux niveaux pratique et théorique :

La maladie mentale est peut-être l'un des problèmes les plus anciens que la médecine ait encore à résoudre; elle fut longtemps considérée comme une question sociale plutôt que médicale.<sup>79</sup>

La psychiatrie et le psychiatre n'ont jamais bénéficié de la même notoriété auprès de la population que les autres domaines et spécialistes de la médecine. Toutefois, au cours de la décennie 1950, les psychiatres semblent gagner en popularité dans le cercle fermé de la médecine.

---

<sup>76</sup> Dr. François Cloutier (1922- ). Psychiatre à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu et l'Institut Albert-Prévost (1953-1955). Consultant à l'hôpital des Anciens Combattants à Montréal (1953-1962). Directeur de la section de psychiatrie et de l'enseignement clinique (1955-1960) et médecin consultant à l'hôpital Notre-Dame. Assistant-professeur à la faculté de médecine de l'Université de Montréal (1953-1961).

<sup>77</sup> François Cloutier, « Bilan de congrès », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, décembre 1957, p.1427.

<sup>78</sup> *Ibid*, p.1427.

<sup>79</sup> « Lettre des États-Unis », *L'Union médicale du Canada*, tome 90, juin 1961, p.628.

## 2.5 Conclusion

Au cours du XX<sup>e</sup> siècle, plusieurs éléments conjoncturels favorisent une implication accrue des gouvernements dans la sphère sociale, notamment en santé. Les années 1940-1960 marque une période de grands débats au sujet de l'État-providence. Avec la Loi de l'assistance publique 1921, la première grande étape vient d'être franchie dans l'édification d'un État québécois interventionniste dans le domaine de la santé et des services sociaux. Mais malgré l'adoption de certaines lois à caractère social, l'État québécois va rester plutôt discret dans ses actions sur le plan social. Il faudra attendre jusqu'aux années 1960 pour que le gouvernement provincial élabore une véritable politique interventionniste.

La croissance que connaît le réseau hospitalier est donc grandement attribuable aux politiques publiques instaurées par le gouvernement fédéral dès le début de la décennie 1940. L'entreprise d'Ottawa s'inscrit alors dans une nouvelle pensée socioéconomique qui voit en l'intervention étatique un mécanisme de régulation visant à amoindrir l'impact des chocs comme celui vécu dans les années 1930. Les débuts de l'État-providence se dessinent alors que le fédéral se donne pour mission de garantir à tous les Canadiens une certaine sécurité sociale, notamment en matière de santé. Avec le programme de subventions de 1948 et d'autres lois à caractère social, l'État central met en place des mesures axées sur la prévention des maladies. Le Dr Pierre Jobin<sup>80</sup> nous rappelle que «cette ère de sécurité sociale<sup>81</sup>» n'est pas un fait uniquement canadien et est représentative de l'ensemble des sociétés occidentales de l'époque<sup>82</sup>.

Les changements induits par le déploiement et la modernisation du réseau hospitalier nécessitent des effectifs à la fois plus nombreux et plus spécialisés. Devant cette demande, les communautés religieuses ne suffisent plus à fournir la main-d'œuvre et on assiste à l'invasion

---

<sup>80</sup> Dr. Pierre Jobin. Médecin et professeur d'anatomie à l'Université Laval.

<sup>81</sup> Expression utilisée par l'auteur. Pierre Jobin, « L'avenir des hôpitaux privés », *L'Union médicale du Canada*, tome 84, mai 1955, p.567.

<sup>82</sup> *Ibid.*

des laïcs dans les hôpitaux. Aux prises avec des difficultés financières accrues, les congrégations religieuses se retrouvent dans une situation délicate devant l'État. L'implantation par le gouvernement d'une politique interventionniste annonce un démantèlement graduel de l'assise même du pouvoir du clergé en santé au profit d'une autorité médicale.

De l'ensemble des disciplines médicales, la psychiatrie est certainement celle qui a subi les plus grands bouleversements et les plus profondes remises en question au cours du XX<sup>e</sup> siècle. Coïncide avec cette évolution l'augmentation problématique du nombre de malades mentaux internés dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, qui suscite au sein de la communauté médicale, de l'État et de l'opinion publique un intérêt particulier pour la psychiatrie. À cela s'ajoutent les conséquences de la Deuxième Guerre mondiale sur le bouleversement de la frontière qui régnait jusqu'alors entre l'homme et le fou. Avec l'exemple des soldats revenus de la guerre avec des troubles psychiatriques, la maladie mentale apparaît comme un concept beaucoup plus large qu'on ne le croyait. Dans son livre *Le normal et le pathologique*<sup>83</sup>, le philosophe français Georges Canguilhem parle d'une nouvelle définition des limites entre le normal et l'anormal. Ainsi, loin de s'acharner uniquement sur les anormaux internés à l'asile, la maladie mentale peut venir chambouler la vie de n'importe quel individu. De plus, si les problèmes psychiques troublent parfois la sociabilité de celui qui en souffre, on reconnaît la présence d'une certaine lucidité chez le malade, qui peut reprendre conscience de son état :

On doit s'habituer, surtout en un siècle nerveux tel que le nôtre, à traiter un aliéné avec bonté et compréhension, comme on s'apitoye sur le sort de n'importe quel autre malade.<sup>84</sup>

Avec les efforts accomplis par le mouvement d'hygiène, la santé mentale préoccupe de plus en plus la société. En 1950, l'Organisation mondiale de la santé reconnaît l'importance

---

<sup>83</sup> Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses universitaires de France, 1979, p.143-144.

<sup>84</sup> Jean-Pierre Schaller, « États pathologiques et vie spirituelle », *Laval médical*, vol. 33, no 1, janvier 1962, p.53-54.

de la santé comme « un état de bien-être complet physique, social et mental, et non pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité<sup>85</sup> ». Ce nouveau courant de sensibilisation à la santé mentale privilégie à la fois une plus grande prévention en santé mentale, mais également une accessibilité plus grande aux soins hospitaliers dans le but de contrer rapidement certains symptômes de la maladie. Dans cette lutte contre les affections mentales, le psychiatre D<sup>r</sup> J.-E.-A. Marcotte affirme que les termes *hygiène mentale* et *santé mentale* appartiennent de plus en plus au langage courant en plus de faire parfois la manchette des grands journaux<sup>86</sup>. Les préjugés à l'égard de la maladie mentale semblent s'atténuer dans la communauté médicale, puis tranquillement au sein de l'opinion publique. Selon le D<sup>r</sup> Camille Laurin, les termes péjoratifs *asile* et *aliéné* tendent à disparaître du langage employé. De plus, la maladie mentale est de moins en moins objet de peur et de répulsion pour la population<sup>87</sup> :

Le fossé qui le séparait des autres hommes n'est plus aussi large ni aussi profond. En conséquence, la société ressent moins qu'autrefois le désir de le rejeter violemment hors de son sein.<sup>88</sup>

C'est donc sur cette toile de fond que va se jouer le grand débat en psychiatrie, dont il sera question dans le chapitre suivant.

---

<sup>85</sup> Paul Martin, « Le médecin de famille et le progrès de la santé », *L'Union médicale du Canada*, tome 79, juin 1950, p.663.

<sup>86</sup> J.-E.-A. Marcotte, « L'hygiène mentale au service de santé », *L'Union médicale du Canada*, tome 83, novembre 1954, p.1269.

<sup>87</sup> Camille Laurin, « Essor de la psychiatrie française », *L'Union médicale du Canada*, tome 87, septembre 1958, p.1070.

<sup>88</sup> *Ibid*, p.1070.

## CHAPITRE III

### L'ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE THÉRAPEUTIQUE

Pendant le XX<sup>e</sup> siècle, les connaissances sur le plan tant thérapeutique que théorique évoluent grandement dans le domaine de la psychopharmacologie. Le contexte de la Deuxième Guerre mondiale favorise particulièrement le développement de la médecine moderne, notamment la mise en marché de pénicilline et d'antibiotiques divers<sup>1</sup>. La conjoncture sociale dans les années d'après-guerre est à l'origine de la pression exercée sur la psychiatrie en ce qui concerne la recherche et la création de nouveaux services. Elle est marquée par l'augmentation de la population internée, par les problèmes de santé mentale chez les vétérans de guerre ainsi que par le bouleversement des valeurs morales attribué au second conflit mondial<sup>2</sup>.

#### 3.1 Les traitements somatiques : la psychopharmacologie et l'approche biologique

Au cours des années 1950, la pratique en psychiatrie connaît une évolution majeure sur le plan des thérapeutiques. Cette évolution représente l'un des faits les plus marquants de la période étudiée, comme en témoignent les nombreux documents recueillis dans le cadre de cette recherche. En effet, les articles traitant des différentes méthodes de traitement abondent dans les revues canadiennes à vocation scientifique. La révolution thérapeutique évoquée par l'historiographie se lit à travers les pages des revues psychiatriques.

---

<sup>1</sup> Jean-Marc Bordeleau, « La thérapeutique en vingt médicaments », *L'Union médicale du Canada*, tome 88, mai 1959, p.501.

<sup>2</sup> Céline Beaudet, *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec*, Québec, Institut supérieur des sciences humaines, Université Laval, 1976, p.69-72.

D'après les historiens de la psychiatrie, la découverte en 1917 de l'impaludation thérapeutique, aussi appelée la malarithérapie, par le psychiatre autrichien D<sup>r</sup> Julius Wagner von Jauregg ouvre la voie au courant biologique optimiste en psychiatrie. Viennent s'ajouter à cette découverte d'autres nouveautés thérapeutiques telles que l'insulinothérapie, ou choc insulinaire, de Sakel en 1934, la leucotomie préfrontale de Moniz en 1936 et la thérapie par électrochocs de Cerletti en 1938<sup>3</sup>. Malgré les maigres résultats de ces traitements, on assiste pendant la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle au développement dans le monde occidental de la l'approche biologique en psychiatrie, approche qui atteint son apogée au début des années 1950.

### 3.1.1 La découverte des neuroleptiques

La découverte du premier neuroleptique apparaît dans l'historiographie comme le point culminant des débuts de la psychiatrie moderne. Synthétisé en 1950 dans les Laboratoires Rhône-Poulenc, ce n'est qu'à la fin de 1951, que le médecin biologiste Henri Laborit (1914-1995) et son équipe expérimentent la molécule 450 RP comme traitement psychiatrique avec la méthode de l'hibernation artificielle. Toutefois, les résultats de l'action de cette molécule de la chlorpromazine sur la maladie mentale ne sont dévoilés qu'à l'été 1952 à Paris par les psychiatres français Jean Delay (1907-1987) et Pierre Deniker (1917-1998). Introduit très rapidement à l'échelle internationale, le premier traitement antipsychotique de l'histoire se commercialise sous différentes appellations, dont *Thorazine* aux États-Unis et *Megaphen* en Allemagne<sup>4</sup>.

Lancée au Canada en 1953, la chlorpromazine chlorhydrate reçoit le nom commercial de *Largactil*, tout comme en Angleterre, en Italie, en Belgique et aux Pays-Bas. Sur le continent américain, la première expérience de la chlorpromazine s'effectue à Montréal au *Verdun Protestant Hospital*. L'étude, menée par le directeur clinique de l'hôpital, le psychiatre D<sup>r</sup>

---

<sup>3</sup> Jean-Claude Dupont, « Psychopharmacologie », in *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, sous la dir. de Gilbert Hottois et Jean-Noël Missa, Bruxelles, De Boeck Université, 2001, p.687

<sup>4</sup> H.E. Lehmann, «Therapeutic Results with Chlorpromazine (Largactil) in Psychiatric Conditions», *Canadian Medical Association journal*, vol. 72, no 2, 15 janvier 1955, p.91.



Heinz E. Lehmann (1911-1999)<sup>5</sup>, porte sur des patients schizophrènes. En 1954, le célèbre médecin publie dans la revue *Archives of Neurology and Psychiatry* les conclusions de ses recherches dans ce qui représente le premier article en Amérique traitant d'un neuroleptique. Cette situation témoigne du prestige et du caractère avant-gardiste du milieu psychiatrique anglophone du Québec. Le D<sup>r</sup> Lehmann représente un personnage marquant dans l'histoire du *Verdun Protestant Hospital*. Ses travaux dans le domaine de la recherche psychiatrique ont contribué au rayonnement de la communauté psychiatrique montréalaise partout sur le continent nord-américain<sup>6</sup>.

L'expérimentation clinique de Lehmann vient cautionner l'introduction de la chlorpromazine dans les institutions de « traitement actif <sup>7</sup> », dont l'Hôpital Saint-Michel-Archange, la Clinique Roy-Rousseau, l'Hôpital Sainte-Anne-de-Bellevue et certaines cliniques de psychiatrie des hôpitaux généraux<sup>8</sup>. La rapidité d'intégration des nouveaux psychotropes au sein des milieux psychiatriques canadiens et québécois semble fulgurante. En effet, on peut estimer entre trois et quatre ans le temps écoulé entre la découverte de la chlorpromazine en France et son introduction dans la majorité des institutions psychiatriques canadiennes, parmi lesquelles on compte notamment l'établissement le plus peuplé du Canada, l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu<sup>9</sup>. Le D<sup>r</sup> Jean-Marc Bordeleau<sup>10</sup>, de l'Institut Albert-Prévost, fait état de l'absence quasi totale de médicaments efficaces dans les manuels de

---

<sup>5</sup> Dr. Heinz Edgar Lehmann. Psychiatre méritant oeuvrant au Verdun Protestant Hospital pendant plus de 60 ans et ce dès 1937. Président du Département de psychiatrie de l'Université McGill (1971-1974).

<sup>6</sup> Hubert A. Wallot, *La danse autour du fou*, Beauport, Publications MHN, 1998, p.177-178.

<sup>7</sup> Charles-A. Martin, « Épreuve du Largactil en psychiatrie », *Laval médical*, vol. 19, no 8, octobre 1954, p.1081.

<sup>8</sup> *Ibid.*

<sup>9</sup> Alcide Pilon, « Les tranquillisants ou ataraxiques ou neuroplégiques », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, août 1957, p.848.

<sup>10</sup> Dr. Jean-Marc Bordeleau. Psychiatre à Louis-H. Lafontaine 1965-1972, surintendant médical 1968-1971, codirecteur du service de recherche 1965-1972.

psychiatrie publiés antérieurement à 1955<sup>11</sup>. Très vite, les études portant sur des observations cliniques de plusieurs cas de patients à qui l'on administre le médicament sédatif abondent<sup>12</sup>. D'abord utilisée chez les malades confus ou en état d'excitation, on étend très rapidement l'emploi de la chlorpromazine à un groupe plus large de malades<sup>13</sup>.

Dans une communication présentée au Congrès de pratique générale à Montréal en mars 1957, le D<sup>r</sup> François Cloutier, de l'Hôpital Notre-Dame à Montréal, raconte sa participation aux recherches du professeur Jean Delay en France sur la chlorpromazine. Il se confie : « À mon retour au Canada, j'avais apporté quelques centaines de comprimés de cette drogue pleine de promesse qui ne portait alors aucun nom commercial et qu'on identifiait par un numéro de série <sup>14</sup> ». Ainsi, comme le souligne le D<sup>r</sup> Cloutier, aucun signe ne laissait présager lors des premières expériences l'impact qu'allait avoir le *Largactil*<sup>15</sup>.

Parallèlement à la découverte du *Largactil* en France, des chimistes de la compagnie Ciba de Bâle en Suisse purent dissocier un alcaloïde sédatif de la racine d'une plante indienne nommée *rauwolfia serpentina* en 1952. Reconnue pour ses vertus depuis l'Antiquité, la réserpine permet de calmer le patient sans créer d'état d'hypnose comme les barbituriques<sup>16</sup>. Au cours de l'année 1954, des publications sur la réserpine paraissent donc en France, en Suisse, puis aux États-Unis. Ce deuxième neuroleptique est présenté en 1955 par Kline à l'Académie de médecine de New York.

---

<sup>11</sup> Jean-Marc Bordeleau, « Les neuroleptiques en psychiatrie », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol. 5, no 10, octobre 1959, p. 26.

<sup>12</sup> Lehmann, « Therapeutic Results with Chlorpromazine (Largactil) in Psychiatric Conditions », p. 97.

<sup>13</sup> Maurice Coulombe et Yves Rouleau, « Effet favorable du traitement par la chlorpromazine dans un cas de schizophrénie », *Laval médical*, vol. 21, no 10, décembre 1956, p. 1339.

<sup>14</sup> François Cloutier, « Notes sur l'utilisation du Largactil en psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, juin 1957, p. 680.

<sup>15</sup> *Ibid.*

<sup>16</sup> Marcel Berthiaume, « Actualités thérapeutiques en neuro-psychiatrie: la réserpine (serpasil) », *L'Union médicale du Canada*, tome 85, septembre 1956, p. 1039.

L'histoire des neuroleptiques débute donc avec la découverte de deux médicaments, la chlorpromazine et la réserpine, commercialisés respectivement sous les noms de *Largactil* et *Serpasil*. Or, il importe de discerner et de comprendre l'impact de l'arrivée de ces médicaments dans les années 1950. L'effet le plus direct de la découverte de ces deux médicaments est de générer la recherche de dérivés semblables et de servir de modèle dans la création d'un nouveau genre de thérapeutique possédant différentes appellations : ataraxique, neuroleptique, tranquillisant ou phrénotropique<sup>17</sup>.

Depuis la découverte de la chlorpromazine et la reconnaissance des propriétés tranquillisantes de la réserpine, la science médicale est en effet envahie de nouveaux médicaments ayant une action sédative<sup>18</sup>. Outre ces deux médicaments, les articles scientifiques semblent s'intéresser à la mepazine (W-1224), ou *Pacatal*<sup>19</sup>, le triflupromazine, ou *Vesprin*<sup>20</sup>, mais surtout au premier antidépresseur, l'imipramine, ou *Trofranil*. Étudié en Suisse au cours de l'année 1956 par le psychiatre suisse D<sup>r</sup> Roland Kuhn (1912-2005), le G-22355, appelé aussi imipramine, est introduit rapidement au Canada. En effet, les premiers comptes-rendus canadiens sur l'imipramine datent de 1958<sup>21</sup>. Puis, le lithium viendra s'ajouter à l'arsenal psychopharmacologique en psychiatrie à partir des années 1970 grâce à ses effets thérapeutiques sur les sujets maniacodépressifs.

---

<sup>17</sup> L'appellation 'ataraxiques' provient du terme 'ataraxia' qui signifie une « paix de l'esprit ». Pilon, « Les tranquillisants ou ataraxiques ou neuroplégiques », p.848.

<sup>18</sup> Jean-Marc Bordeleau, « La psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, novembre 1957, p.1277.

<sup>19</sup> J. Sangowicz et J. Gauthier, « Résumé d'une étude clinique sur pacatal et médomine portant respectivement sur 40 cas », *L'Union médicale du Canada*, tome 85, octobre 1956, p.1170-1171.

<sup>20</sup> Yvan Léger, « Vesprin dans le traitement des schizophrènes chroniques », *L'Union médicale du Canada*, tome 87, juillet 1958, p.831-833.

<sup>21</sup> E. J. Cleveland et F. R. Townsend, « Home Treatment of Depression with Imipramine (Tofranil) », *Canadian Medical Association journal*, vol. 83, no 10, 3 septembre 1960, p.532.

Au cours de la décennie 1950, les substances de la famille des ataraxiques viennent prendre une place majeure dans l'appareil thérapeutique en psychiatrie. «For better or for worse, tranquilizers have become a very important group of drugs in the past ten years<sup>22</sup>».

En effet, l'arrivée sur le marché de ces nouveaux médicaments ne passe pas inaperçue. Dans un travail présenté le 8 mai 1957 lors des Journées médicales annuelles de la Société médicale de Montréal, Alcide Pilon estime à quelques milliers le nombre de patients traités par ces nouveaux médicaments depuis 1953. Malheureusement, il s'agit de la seule information quantitative trouvée sur la vente des neuroleptiques au Québec et au Canada<sup>23</sup>.

Par contre, plusieurs articles fournissent des statistiques sur le commerce des neuroleptiques aux États-Unis. Le D<sup>r</sup> Jean-Marc Bordeleau estime qu'en 1958, la vente de ces médicaments aux États-Unis génère déjà un revenu total de 175 millions de dollars. Ainsi, les tranquillisants deviennent rapidement le groupe de médicaments le plus important sur le marché après les antibiotiques et les vitamines<sup>24</sup>. Selon une étude menée par le *New York Times* sur les compagnies pharmaceutiques des États-Unis, on compte près de 20 670 000 tranquillisants nouvellement prescrits en 1959, ce qui équivaut à une prescription par neuf habitants. La même année, l'*effet neuroleptique* oblige les compagnies à commander un nombre additionnel de 30 000 000 de tranquillisants à des fins de prévision pour les prescriptions déjà émises<sup>25</sup>.

Ces statistiques nous permettent de mesurer l'impact de l'arrivée sur le marché pharmaceutique des neuroleptiques. On constate qu'en moins d'une décennie, la vente de ces

---

<sup>22</sup> Robert M. Ehrlich, «A Neurological Complication in Children on Phenothiazine Tranquilizers», *Canadian Medical Association journal*, vol. 81, no 4, 15 août 1959, p.241.

<sup>23</sup> Cette affirmation exclut l'analyse possible des dossiers de patients asilaires, qui n'a pas été faite dans le cadre de ce mémoire.

<sup>24</sup> Bordeleau, «Les neuroleptiques en psychiatrie», p.27.

<sup>25</sup> «Tranquillizer Trends», *Canadian Medical Association journal*, vol. 83, no 25, 17 décembre 1960, p.1328.

nouveaux médicaments prend des proportions gigantesques qui témoignent de la ferveur entourant cette innovation aux États-Unis. Tout indique qu'on peut tirer des conclusions semblables pour le Canada, mais dans des proportions moindres.

### 3.1.2 Les effets positifs

Au cours des années 1950, l'idée que les émotions représentent un facteur important dans les troubles psychiatriques fait son chemin au sein de la communauté scientifique. En réduisant l'anxiété, le neuroleptique devient un traitement qui permet de régulariser les manifestations émotionnelles inhabituelles<sup>26</sup>. Ce médicament sédatif redonne espoir car il arrive à créer un changement d'attitude chez les malades chroniques pour qui les traitements s'avéraient jusqu'ici infructueux.

Nombreux sont les bienfaits constatés par les psychiatres en ce qui a trait à l'usage des neuroleptiques. Parmi les changements observés relevés dans les différentes sources, l'amélioration de l'atmosphère des salles représente certainement l'un des thèmes les plus récurrents traités dans les articles<sup>27</sup>. Le texte suivant, tiré d'un travail présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires du Québec le 10 février 1956 par Maurice Coulombe et Yves Rouleau de Saint-Michel-Archange, résume bien le genre de propos tenus dans la littérature :

Ainsi, des malades chargés d'agressivité, facilement enclins à la violence, sont devenus gentils, aimables et ont paru sortir d'un rêve qu'ils vivaient depuis des années. En conséquence, les salles de chroniques subirent un changement profond, difficilement descriptible dans son ensemble; il faut presque l'avoir vécu pour le croire. Parfois, la rapidité relative et l'incidence de certaines améliorations surprenaient et dépassaient ce que nous étions habitués d'attendre de certaines rémissions dites spontanées.<sup>28</sup>

---

<sup>26</sup> Pilon, « Les tranquillisants ou ataraxiques ou neuroplégiques », p.848.

<sup>27</sup> Léger, « Vesprin dans le traitement des schizophrènes chroniques », p.831.

<sup>28</sup> Coulombe et Rouleau, « Effet favorable du traitement par la chlorpromazine dans un cas de schizophrénie », p.1339-1340.

Ces changements engendrés par l'usage des neuroleptiques se font sentir dans l'ensemble des institutions psychiatriques du même type que Saint-Michel-Archange<sup>29</sup>. Les articles qui portent sur des études de cas liées à l'administration d'un neuroleptique sont, pour l'essentiel, écrits à partir de la deuxième moitié des années 1950. D'après les conclusions tirées de ces observations, l'effet sur les patients internés à l'hôpital depuis des années est indéniable. De par leur efficacité, les neuroleptiques touchent directement les salles des malades dits chroniques, parmi lesquels on compte les schizophrènes, mais également les cas de sénilité. Dans ces salles, l'agitation et les cris ont fait place à la tranquillité<sup>30</sup>. Les patients réfractaires, désormais davantage en contrôle de leurs émotions, deviennent plus tolérants et moins agressifs. Par conséquent, l'utilisation de la camisole de force ou de l'isolement continu en cellule tend à diminuer<sup>31</sup>. Le D<sup>r</sup> Jules Lambert de Saint-Michel-Archange témoigne de son expérience :

Il fallait voir certains malades sortir de leur torpeur, émerger d'un monde intérieur dans lequel ils s'étaient enfouis depuis des années, écrire à leurs familles complètement stupéfaites qui demandaient des explications sur ce changement soudain.<sup>32</sup>

L'avènement de ces médicaments dans les hôpitaux psychiatriques québécois vient changer, voire réduire, la besogne du personnel hospitalier. Dans un rapport présenté à la Société médicale des hôpitaux psychiatriques de Québec en 1954, soit un an après le lancement officiel des neuroleptiques au Canada, le D<sup>r</sup> Charles Alfred Martin<sup>33</sup> en arrive à la conclusion suivante :

De plus l'usage du Largactil a transformé favorablement l'atmosphère des départements où sont traités les agités tapageurs. Le personnel de ces salles apprécie hautement le fait

---

<sup>29</sup> Maurice Coulombe et Jean-Yves Gosselin, « Le Largactil chez les épileptiques internés », vol.24, no1, *Laval médical*, octobre 1957, p.13.

<sup>30</sup> Lambert, *Mille fenêtres*, p.75-76.

<sup>31</sup> Pilon, « Les tranquillisants ou ataraxiques ou neuroplégiques », p.848-849.

<sup>32</sup> Lambert, *Mille fenêtres*, p.75-76.

<sup>33</sup> Psychiatre et professeur agrégé, assistant à la Clinique Roy-Rousseau.

que les cris et les chants se sont tus, que les mesures de contention et d'isolement ne sont plus nécessaires, que les nuits sont calmes et mieux dormies.<sup>34</sup>

À en juger par les propos retrouvés dans les nombreux articles qui portent sur les neuroleptiques, il est frappant de constater à quel point les médecins semblent se préoccuper davantage des améliorations apportées à la tranquillité des lieux et aux tâches du personnel que du bien-être des patients<sup>35</sup>. Il est à propos de remarquer le ton ironique parfois employé :

Le patient ne déchire pas autant de linge qu'avant; si les remèdes coûtent cher, on peut se consoler un peu en économisant sur le linge.<sup>36</sup>

La communauté scientifique fait état de la nouvelle docilité des patients qui reçoivent des tranquillisants dans les milieux psychiatriques<sup>37</sup> :

Le calme a fait place à l'agitation et à la bruyance, la docilité à l'hostilité et à l'agressivité.

Les malades sont plus maniables, plus accessibles et le « gardiennage » est passé décidément de nécessité et prendrait maintenant figure préhistorique.<sup>38</sup>

En diminuant l'agressivité des patients violents et colériques, l'arrivée de cette thérapeutique rend le milieu psychiatrique plus sécuritaire tant pour le personnel de l'hôpital que pour les autres résidents<sup>39</sup>. Mais bien plus que cela, la nouvelle pharmacopée rend le patient plus sociable, permettant ainsi d'espérer sa réintégration dans son milieu de vie. Selon

<sup>34</sup> Rapport fait à partir de données fournies par les docteurs D.Bédard, M.Bouchard, M.Coulombe, J.Delâge, M.Gervais, L.Lambert, G.Paradis, R.Pion, Y.Rouleau, J.Tellier, dans Charles-A. Martin, « Épreuve du Largactil en psychiatrie », p.1092.

<sup>35</sup> Charles-A. Martin, « Épreuve du Largactil en psychiatrie », p.1092.

<sup>36</sup> Pilon, « Les tranquillisants ou ataraxiques ou neuroplégiques », p.848-849.

<sup>37</sup> Coulombe et Gosselin, « Le Largactil chez les épileptiques internés », p.23.

<sup>38</sup> Roma Amyot, « L'ère des neuroleptiques en pathologie mentale et le climat des hôpitaux psychiatriques », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, mai 1957, p.491.

<sup>39</sup> M. Tyndel, « Ataractic Drugs in the Psychiatric Hospital », *Canadian Medical Association journal*, vol. 76-2, no 2, 1 avril 1957, p.583.

les études de cas, on estime à environ 25% les chances de guérison chez les malades psychiatriques<sup>40</sup>. En effet, le Dr Paul Larivière<sup>41</sup> explique :

Et il est certain que bon nombre de malades auraient été hospitalisés et se seraient enfoncés dans la maladie chronique qui maintenant sont guéris sans avoir même séjourné à l'hôpital psychiatrique.<sup>42</sup>

L'espoir suscité par l'introduction des neuroleptiques a également pour conséquence de diminuer considérablement, voire même d'abolir dans certains cas, l'usage de traitements par choc<sup>43</sup>. Selon Dupont, l'introduction de la chlorpromazine, puis de traitements médicaux connexes ont pour conséquence de réduire largement l'utilisation massive de ces terribles thérapeutiques jusqu'alors restées en vogue<sup>44</sup> :

La psychopharmacologie a sans conteste révolutionné la pratique psychiatrique de l'après-guerre. Elle modifiera considérablement les perspectives thérapeutiques des psychoses et la vie quotidienne dans les hôpitaux psychiatriques, et permettra une libération asilaire qu'on a osé comparer à celle, légendaire, de Pinel.<sup>45</sup>

Le débat sur les thérapeutiques par chocs occupe une place considérable dans la littérature psychiatrique des années 1950. Toutefois, puisqu'il ne s'agit pas du sujet principal de ce mémoire, un simple et bref résumé de la question, qui anime la communauté psychiatrique de l'époque, sera fait ici.

---

<sup>40</sup> W. Forster, W. Schlichther et A.L. Henderson, « Reserpine in Chronic Psychoses », *Canadian Medical Association journal*, vol. 73, no 12, 15 décembre 1955, p.951.

<sup>41</sup> Dr. Paul Larivière. Directeur du service social de l'hôpital Sainte-Justine dès 1959.

<sup>42</sup> Paul Larivière, « Quelques commentaires sur la chlorpromazine », *Canadian Psychiatric Association journal*, vol. 1, no 1, janvier 1956, p.22.

<sup>43</sup> C.-A. Gauthier, Maurice Coulombe, René Pion et Jacques Turmel, « Un aspect du traitement psychiatrique en hôpital général : L'électroplexie », *Laval médical*, vol.22, no 5, mai 1957, p.603.

<sup>44</sup> Dupont, « Psychopharmacologie », p.687.

<sup>45</sup> *Ibid.*



Certains auteurs voient en l'électrochoc une méthode de traitement violente encore au stade expérimental<sup>46</sup> alors que d'autres estiment qu'il s'agit d'un traitement très sécuritaire qui comporte peu de danger<sup>47</sup>. Ainsi, les statistiques varient énormément selon le type de maladie. Chose certaine, l'électrochoc n'offre pas de solution au problème de la schizophrénie<sup>48</sup>.

Or, l'arrivée du neuroleptique ne relègue pas automatiquement aux oubliettes les thérapeutiques par chocs<sup>49</sup>. En effet, il ne faut pas conclure à la proscription complète de l'électrochoc comme thérapeutique. En 1956, on suggère encore à Saint-Michel-Archange le traitement par l'association dosée électrochoc-réserpine. Selon le psychiatre D<sup>r</sup> Yvan Léger<sup>50</sup>, Saint-Jean-de-Dieu administre la même année près de 32 720 électrochocs à ses patients<sup>51</sup>. Le traitement combiné permettrait d'améliorer plus rapidement le comportement de certains malades mentaux<sup>52</sup>.

Du côté anglophone, les électrochocs demeurent également une méthode fréquemment utilisée. Ouvrons ici une parenthèse pour parler des expériences du D<sup>r</sup> Donald Ewen Cameron (1901-1967). Psychiatre fondateur du département de psychiatrie à l'Université McGill en

---

<sup>46</sup> Claude Prud'homme, «L'électro-choc», *Montréal médical*, vol. X, no 7, 15 décembre 1958, p.5.

<sup>47</sup> Herbert Pascoe, « Why such apprehension over "shock treatment" ? », *Canadian Medical Association journal*, vol. 81, no 9, 1 novembre 1959, p.738.

<sup>48</sup> Roma Amyot, compte rendu de l'ouvrage de M.J. Schwartz « Lobotomie. Étude de 45 malades lobotomisés portant sur 6 années d'observation », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 113, no 224, septembre 1956, dans *l'Union médicale du Canada*, tome 86, janvier 1957, p.87.

<sup>49</sup> Cloutier, « Notes sur l'utilisation du Largactil en psychiatrie », p.680; Jean Saucier, « Le service de neuropsychiatrie d'un hôpital général », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol. 1, no 4, avril 1955, p.26.

<sup>50</sup> Dr. Yvan Léger. Psychiatre de service à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu.

<sup>51</sup> Yvan Léger, « Les thérapies de chocs », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, août 1957, p.855.

<sup>52</sup> Jacques Grenier, Georges-Henri Larue, Roger Parent et Jacques Turmel, « La réserpine en psychiatrie », *Laval médical*, vol.22, no 2, février 1956, p.187.

1943, il fonde en 1944 le *Allan Memorial Institute* qui devient le premier département de psychiatrie être affilié à un hôpital général au Canada, soit au *Royal Victoria Hospital*. Le D<sup>r</sup> Cameron est un acteur de premier plan dans le domaine de la recherche psychiatrique. De 1946 à 1964, il occupe le poste de chef de la psychiatrie à McGill et joue un rôle important dans le rayonnement de l'institution à l'étranger. Ses travaux portent essentiellement sur la mémoire.

Si le D<sup>r</sup> Cameron connaît une renommée mondiale à l'époque, de nos jours, il est davantage connu pour avoir entrepris une série de tests et d'opérations de *lavage de cerveau* sur des malades psychiatriques, projet initié en 1951 sous le nom de *Bluebird*. Subventionnées par la *Central Intelligence Agency* (CIA), ces expériences, qui s'inscrivent dans le contexte de la guerre froide, visent à trouver des méthodes permettant de modifier le comportement et de casser la résistance du cobaye. Pour cette fin, le D<sup>r</sup> Cameron met sur pied un laboratoire de recherche où l'on pratique secrètement des expériences à l'aide de barbituriques, de LSD, de répétition d'enregistrements sonores et d'électrochocs d'une violence supérieure à la normale prescrite. L'ancien militaire de l'armée des États-Unis entretient donc des liens étroits avec la CIA jusqu'en 1960, date à laquelle l'organisme américain cesse de financer ses travaux au Canada. Affligé par cette décision, le D<sup>r</sup> Cameron quitte ses fonctions en 1964. Il meurt le 8 septembre 1968. Les conséquences directes de ces pratiques démesurées sont nombreuses chez les cobayes, allant de troubles amnésiques de courte ou longue durée à des ravages cérébraux permanents. En 1986, à la suite d'une longue bataille juridique, le gouvernement canadien acceptera finalement de verser 180 000 dollars en dommage aux patients du D<sup>r</sup> Cameron<sup>53</sup>.

L'après-guerre marque, de fait, une période expérimentale en psychiatrie, dont l'un des côtés les plus sombres au Québec est représenté par les recherches du D<sup>r</sup> Cameron. Outre les tests exécutés sur l'utilisation de la pharmacopée et les électrochocs, la lobotomie est également à l'ordre du jour. Selon plusieurs études, la lobotomie provoquerait également un grand changement chez le malade. Ce dernier retrouve la joie de vivre, sourit et ressent

---

<sup>53</sup> Wallot, *La danse autour du fou*, p.161-177.

d'avantage un sentiment de bien-être<sup>54</sup>. Des résultats cliniques prouvent que plusieurs patients ayant subi la lobotomie seraient en mesure de quitter l'hôpital. Toutefois, les chances de réussite demeurent reliées à une sélection préalable qui détermine les bons candidats<sup>55</sup>, comme le soutiennent Martin et Pion de la Clinique Roy-Rousseau :

Nous ne trompons donc ni l'Esprit, ni l'Église, ni l'Individu en continuant à recommander la lobotomie, dans les cas propices, mais nous croyons que nous ne faisons que répondre à notre devoir de médecin. Nous n'annihilons pas l'être, mais le normalisons et lui permettons au contraire de se revaloriser, en le libérant de forces contraires qui l'opprimaient.<sup>56</sup>

Tout comme l'électrochoc, la lobotomie soulève une polémique au sein du milieu psychiatrique. Selon certains psychiatres, la lobotomie semble être à l'origine de nombreuses rechutes<sup>57</sup>. Toutefois, si plusieurs auteurs affirment qu'elles ne sont pas des panacées, l'électrochoc et la lobotomie font encore partie de l'arsenal thérapeutique utilisé dans les établissements en raison de leur efficacité supposée et leur vitesse d'exécution<sup>58</sup> :

Rien n'empêche cependant d'espérer l'apparition un jour d'une pilule bénéfique, mais d'ici là, il est interdit de laisser souffrir pendant vingt et trente ans un malade en proie à des obsessions contre lesquelles il mobilise toute son énergie en efforts conjuratoires toujours vains<sup>59</sup>.

---

<sup>54</sup> G.-H. Larue, A. Pelletier et C. Drolet, « Lobotomie et hypochondrie », *Laval médical*, vol. 15, no 10, décembre 1950, p. 1352-1353.

<sup>55</sup> G. H. Stevenson et H. D. Wilson, « Clinical Results of Prefrontal Lobotomy (Leucotomy) », *Canadian Medical Association journal*, vol. 64, no 3, mars 1951, p. 224.

<sup>56</sup> C.-A. Martin et René Pion, « Lobotomie préfrontale dans le traitement des névroses graves », *Laval médical*, vol. 33, no 5, mai 1962, p. 319.

<sup>57</sup> Leo Alexander, « Objective Approches to Treatment in Psychiatry », *Canadian Psychiatric Association journal*, vol. 2, no 2, avril 1957, p. 93.

<sup>58</sup> J.-B. Boulanger, compte-rendu de l'ouvrage de J.D. Campbell, « Electroconvulsive therapy and Depressions », *Diseases of the Nervous System*, vol. 15, no 241, août 1954, dans *L'Union médicale du Canada*, tome 84, janvier 1955, p. 94.

<sup>59</sup> Martin et Pion, « Lobotomie préfrontale dans le traitement des névroses graves », p. 320.

Dans cette mouvance de grands changements, d'autres pratiques en psychiatrie sont également appelées à se transformer. Découverte dans les années 1930 par le D<sup>r</sup> Manfred Sakel, l'insulinothérapie, aussi appelée cure de Sakel, devient rapidement un objet de polémique au sein de la communauté psychiatrique. Cette méthode, considérée comme un traitement par choc, consiste à amener le patient dans un état de coma par une série d'injections. L'étape du coma apparaît comme le point litigieux de la question car les risques de complications sont élevés. À l'origine, l'obtention de la phase comateuse nécessite des doses d'insuline abusives allant parfois jusqu'à 400, voire même 600 unités, d'où l'expression « choc insulinique ». Or, avec la découverte de nouvelles techniques thérapeutiques moins draconiennes, les anciennes méthodes en psychiatrie tendent à vouloir s'assouplir :

L'application des cliniciens – tous du continent européen, les cliniciens américains discréditant progressivement l'insulinothérapie – fut de trouver une méthode d'administrer l'insuline pouvant procurer une somnolence profonde après une phase de latence la plus courte et la moins pénible, en cela évitant la deuxième phase de ce sommeil réversible où le malade tour à tour somnole et s'agite, avec l'angoisse de la soif, de la faim, de la sudation avec malaise, cris réclamant la nourriture.<sup>60</sup>

Dans les années 1950, la cure de Sakel connaît donc une nouvelle vie avec l'introduction d'une nouvelle manière de procéder qui vise à répéter davantage le nombre d'injections, mais avec de plus petite dose d'insuline, faisant ainsi du coma insulinique une méthode « sans chocs »<sup>61</sup>.

### 3.1.3 Quelques mises au point

Dans la littérature médicale, l'enthousiasme des premiers moments semble vite faire place à une certaine méfiance des psychiatres à l'égard de ces « médicaments miracles ». En effet, même si la majorité des médecins reconnaissent les apports essentiels de la nouvelle

---

<sup>60</sup> Victorin Voyer, Roger Racine et Monique Waterkeyn, « Insulinothérapie avec alidase en plusieurs injections », *l'Union médicale du Canada*, tome 86, août 1957, p.862.

<sup>61</sup> *Ibid*, p.861-865.

pharmacopée dans le domaine de la psychiatrie, plusieurs d'entre eux émettent des réserves sur son usage. En 1960, le *Mental Health Division of Department of National Health and Welfare* affirme ceci: « All is not tranquil on the tranquilizer front.<sup>62</sup> »

Les neuroleptiques, et en premier lieu la chlorpromazine, représentent le type de médicaments le plus employé par les médecins généralistes pour traiter des problèmes psychiatriques<sup>63</sup>. À partir des années 1950, il devient de plus en plus difficile pour les psychiatres de prendre connaissance de l'ensemble des nouveaux tranquillisants et de ses nombreux dérivés mis sur le marché<sup>64</sup>. Pour Tourney et Dorvil, à partir de cette époque s'amorce une commercialisation accrue des traitements pharmacologiques en psychiatrie qui vient servir les intérêts financiers des grandes compagnies pharmaceutiques<sup>65</sup>. Désormais, l'établissement de nouvelles méthodes thérapeutiques dépend principalement des intérêts des compagnies pharmaceutiques, et ce, au détriment de la profession médicale.

Les proportions gigantesques prises par la commercialisation des tranquillisants sur le marché dont parlent les historiens posent problème à partir des années 1950. En effet, la vente des neuroleptiques n'est pas sans inquiéter le milieu psychiatrique de l'époque. La lecture des sources met à jour une inquiétude face à l'enthousiasme de la population envers les tranquillisants. Le médecin subit des pressions qui l'incitent à prescrire des tranquillisants. D'une part, le médecin, dépourvu de traitements devant une clientèle souffrant de troubles mentaux, finit par répondre aux demandes insistantes des patients pour recevoir des « *happy pills*<sup>66</sup> » et aux exigences des membres de la famille. D'autre part, le médecin est influencé

---

<sup>62</sup> Expression utilisée dans «Tranquillizer Trend\$, p.1328.

<sup>63</sup> Cloutier, « Notes sur l'utilisation du Largactil en psychiatrie », p.680.

<sup>64</sup> Garfield Tourney, « A History of Therapeutic Fashions in Psychiatry 1800-1966 », *American Journal Psychiatry*, vol.24, no.6, 1967, p.792.

<sup>65</sup> Henri Dorvil, *Histoire de la folie dans la communauté*, Montréal, Éditions Émile-Nelligan, 1988, p.225; Tourney, « A History of Therapeutic Fashions in Psychiatry 1800-1966 », p.792.

<sup>66</sup> «Tranquillizer Trend\$, p.1327.

par l'enthousiasme débordant de ses collègues<sup>67</sup>. Le Dr François Cloutier juge normal qu'un médicament nouveau qui inonde le marché avec une telle diffusion médiatique engendre des excès :

Le malade qui vient consulter pour des raisons psychiatriques espère et réclame souvent avec agressivité, un miracle. Nous n'ignorons pas que les miracles professionnels sont impossibles mais il nous arrive de les souhaiter. C'est probablement cette tendance qui explique le succès prodigieux de certains médicaments et les prescriptions qui ne tiennent peut-être pas toujours compte des problèmes du malade.<sup>68</sup>

Les médecins dénoncent la compétition qui se crée entre les grandes compagnies pharmaceutiques puisqu'elle laisse le praticien dans le flou. En effet, il existe un nombre exorbitant de tranquillisants sur le marché, ce qui tend à rendre plus difficile la recherche du praticien pour trouver le médicament approprié à chaque cas<sup>69</sup>. De plus, les compagnies pharmaceutiques, par le biais du représentant de compagnie, distribuent dans le milieu psychiatrique des échantillons gratuits ainsi qu'une littérature sélective<sup>70</sup>. Dans un article au ton ironique et accusateur, Lévesque écrit dans le journal *Vrai*:

La pharmacopée est la plus merveilleuse boîte à prodiges du siècle; elle a tout de même enfanté - serait-il subversif de le dire? - de grandes entreprises industrielles et commerciales qui monnayent sans vergogne, mais sans révéler leurs chiffres estomaquants les découvertes des chercheurs les plus désintéressés.<sup>71</sup>

Ce qui suscite davantage l'inquiétude des psychiatres concernant cette utilisation massive de neuroleptiques est le fait qu'il s'agisse d'un traitement encore nouveau dont on connaît très mal le mécanisme d'action à long terme. En effet, les spécialistes de la psychiatrie

---

<sup>67</sup> Morgan Martin, « Pressures on Practitioners to Prescribe Tranquillizers », *Canadian Medical Association journal*, vol. 82, no 3, 16 janvier 1960, p.135.

<sup>68</sup> Cloutier, « Notes sur l'utilisation du Largactil en psychiatrie », p.682.

<sup>69</sup> N.L. Mason-Browne, « Perphenazine in Practice », *Canadian Medical Association journal*, vol. 79, no 12, 15 décembre 1958, p.985.

<sup>70</sup> Morgan Martin, « Pressures on Practitioners to Prescribe Tranquillizers », p.135.

<sup>71</sup> René Levesque, « Le procès de la médecine », *Vrai*, vol. 2, no 22, 17 mars 1956, p.9.

craignent un usage abusif de ces substances qui n'ont pas subi une expérimentation clinique suffisante<sup>72</sup>. Ainsi, il semble que la rapidité avec laquelle ces médicaments se propagent ne permet pas une évaluation juste de leurs effets sur le corps humain<sup>73</sup>. D'après Beaulnes, du département de pharmacologie de l'Université de Montréal, les tranquillisants peuvent, à long terme, engendrer des dommages sur la motricité, tels que l'hyperkinésie<sup>74</sup> et la catalepsie<sup>75</sup>. Les fondements de la maladie mentale de même que les raisons des réussites ou des succès des méthodes thérapeutiques restent inconnus. Voici les conclusions tirées d'un rapport préliminaire sur l'utilisation du *Frenquel* par les médecins de Saint-Michel-Archange :

En psychiatrie, comme dans les autres domaines de la médecine, il vaut mieux exagérer par prudence que par optimisme dans l'appréciation d'un traitement car les symptômes ont souvent des alternances capricieuses et des causes multiples qui doivent être mesurées à la lumière d'une solide expérience et d'observations prolongées et répétées.<sup>76</sup>

Une grande ambiguïté règne donc sur le rôle de certains médicaments<sup>77</sup>. Plusieurs médecins connaîtraient mal les neuroleptiques ou hésiteraient à présenter les véritables conclusions de leur recherche<sup>78</sup>. Les documents dépouillés démontrent qu'au début des années 1960, la compréhension du véritable mécanisme d'action de ces médicaments demeure plus ou moins floue<sup>79</sup>. Par conséquent, les scientifiques de l'époque estiment qu'en raison de résultats jugés encore limités, il ne faut pas se laisser aller à un enthousiasme

<sup>72</sup> Berthiaume, « Actualités thérapeutiques en neuro-psychiatrie: la réserpine (serpasil) », p.1039; Charles-A. Martin, « Épreuve du Largactil en psychiatrie », p.1080.

<sup>73</sup> Pilon, « Les tranquillisants ou ataraxiques ou neuroplégiques », p.848.

<sup>74</sup> Terme médical qui se définit par des mouvements anormaux involontaires.

<sup>75</sup> Terme médical qui désigne un état permanent de passivité.

<sup>76</sup> Marcel Bouchard, Geo.-Henri Larue et Jacques Turmel, « Le frenquel en psychiatrie », *Laval médical*, vol.21, no 6, juin 1956, p.775-776.

<sup>77</sup> Larivière, « Quelques commentaires sur la chlorpromazine », p.18.

<sup>78</sup> Willie Jacob, « "Tranquilisant", "Ataraxique" ou "Neuroleptique" ? », *Montréal médical*, vol.X, no 9, 1<sup>er</sup> février 1959, p.4.

<sup>79</sup> Aurèle Beaulnes, « Pharmacologie des tranquillisants », *L'Union médicale du Canada*, tome 89, avril 1960, p.459-460.

démessuré<sup>80</sup>. Les psychiatres restent donc prudents avec l'idée d'un remède magique. Les neuroleptiques ne sont pas une panacée car, outre leur action thérapeutique, ils peuvent engendrer de nombreuses complications et des effets secondaires certains<sup>81</sup>. Bref, sans condamner l'usage des tranquillisants, on craint les problèmes pouvant survenir chez les enfants<sup>82</sup> ainsi que les troubles du foie<sup>83</sup> et les tendances au suicide observés chez certains patients<sup>84</sup>.

Certains auteurs remettent également en question la validité des théories existantes. Ils rejettent la pensée rigide face à la maladie mentale. En fait, plusieurs facteurs peuvent expliquer une variation des résultats d'un cas à un autre: l'âge des patients, le type de maladie, le milieu thérapeutique, le genre d'institution (dispensaire psychiatrique ou hôpital pour malade chronique), la santé physique et psychologique du patient<sup>85</sup>. Il est donc fondamental pour le milieu scientifique des années 1950 de chercher à connaître davantage ces nouveaux médicaments en vogue, bien que cette propagation soit déjà une réalité. Voici ce que conclut le D<sup>r</sup> Azima<sup>86</sup> du *Allan Memorial Institute* à propos de l'arrivée des neuroleptiques dans l'histoire des thérapeutiques biologiques:

---

<sup>80</sup> H. Azima, I. Kent et R. A. Cleghorn, «Rauwolfia Alkaloids in Mental Syndromes», *Canadian Medical Association journal*, vol. 73, no 11, 1 décembre 1955, p.871.

<sup>81</sup> Bordeleau, «Les neuroleptiques en psychiatrie», p.27.

<sup>82</sup> Ehrlich, « A Neurological Complication in Children on Phenothiazine Tranquillizers », p.243.

<sup>83</sup> Maurice Barbezat, compte-rendu de l'ouvrage de G. Lomas, R. H. Boardman et M. Markowe, « Complications of Chlorpromazine therapy in eight hundred Mental Hospital patients », *The Lancet*, vol. 22, no 1144, juin 1955, dans *L'Union médicale du Canada*, tome 84, novembre 1955, p.1318.

<sup>84</sup> Berthiaume, « Actualités thérapeutiques en neuro-psychiatrie: la réserpine (serpasil) », p.1041.

<sup>85</sup> Leo Alexander, « Objective Approches to Treatment in Psychiatry », *Canadian Psychiatric Association journal*, vol. 2, no 2, avril 1957, p.77-94.

<sup>86</sup> Dr H. Azima du Allan Memorial Institute est l'un des premiers médecins à avoir utilisé la nouvelle psychopharmacologie au Québec.



« They are indications of a new era in psychiatric and psychosomatic therapy, but they are far from constituting the penicillin period of psychiatry. We should not let our enthusiasm accelerate unduly the vehicle of our scientific accuracy. »<sup>87</sup>

Père du mouvement antipsychiatrique, le psychiatre et psychanalyste américain d'origine hongroise Thomas Szasz a construit son oeuvre autour de la dénonciation de la psychiatrie comme instrument de contrôle social. Pour Szasz, l'utilisation de traitements pharmacologiques provient d'une volonté de contraindre les agissements des malades mentaux. Nécessitant une ordonnance, ces nouveaux médicaments « redonnent au psychiatre ce qu'il était en train de perdre, à savoir, *son identité médicale* »<sup>88</sup>. Ils confèrent donc un pouvoir de contrôle de la médication sur les malades qui, parfois, pourraient se guérir seul, rapprochant ainsi les psychiatres du reste de la communauté médicale. En outre, Szasz dénonce le fait que les malades internés dans une institution psychiatrique ne peuvent en aucun cas refuser de prendre les remèdes pharmacologiques prescrits par le psychiatre. Cette domination absolue des psychiatries sur leurs patients pose ici un problème d'éthique<sup>89</sup>. Sa pensée à ce sujet se résume ainsi: « En dépit de son apparence médicale, nous nous trouvons face au même problème moral que pose la conversion religieuse forcée »<sup>90</sup>.

Bref, pour les scientifiques de l'époque, la chlorpromazine et la réserpine ne représentent pas des outils de guérison<sup>91</sup>. Bien qu'ils créent une incidence sur les statistiques d'internement des institutions, les tranquillisants ne constituent en rien un remède miracle. Tout comme l'aspirine avec la migraine, ils ne traitent pas la cause de la maladie, mais tendent à en atténuer certains des symptômes<sup>92</sup>. Les neuroleptiques permettent de contrôler

---

<sup>87</sup> H. Azima, « The Use of Chlorpromazine and Reserpine in Psychological Disorders in General Practice », *Canadian Medical Association journal*, vol. 74, no 11, 1 juin 1956, p.931.

<sup>88</sup> Thomas Stephen Szasz, *Idéologie et folie*, Paris, Presses universitaires de France, 1976, p.271.

<sup>89</sup> *Ibid*, p.271-273.

<sup>90</sup> *Ibid*, p.273.

<sup>91</sup> Azima, « The Use of Chlorpromazine and Reserpine in Psychological Disorders in General Practice », p.931.

<sup>92</sup> Pilon, « Les tranquillisants ou ataraxiques ou neuroplégiques », p.849.

certains comportements agités, mais ne constituent pas un véritable traitement de la schizophrénie<sup>93</sup>. Ils ne font en fait que contrôler la pathologie du malade. D'après le D<sup>r</sup> Paul Larivière, professeur de psychiatrie à l'Université de Montréal, la pharmacologie doit absolument aller de pair avec la psychothérapie pour modifier la condition du patient. Selon lui, l'administration d'un neuroleptique reste peu profitable si elle n'est pas jumelée à une psychothérapie sérieuse<sup>94</sup>.

Le neuroleptique ne constitue dans la littérature psychiatrique qu'un adjuvant à la psychothérapie<sup>95</sup>. Il ne peut en aucun cas la remplacer. La seule utilisation de la chlorpromazine n'a pas donné de très grands résultats. Toutefois, la chlorpromazine permet au malade de prendre conscience de son état. Il devient alors possible d'envisager avec lui la psychothérapie individuelle ou en groupe<sup>96</sup>. En effet, l'utilisation de la chlorpromazine comme supplément à la psychothérapie permet d'amoindrir, voire de guérir, les psychoses. Grâce à son action sur les malades, le neuroleptique rend possible d'autres activités à caractère psychologique, telles que les jeux et autres occupations, jusqu'à présent peu pratiquées<sup>97</sup>. Voici un exemple de propos que l'on retrouve dans la littérature :

De plus, il ne faut jamais oublier qu'un comprimé ne remplace pas la psychothérapie ou la simple compréhension que vient chercher le malade chez son médecin. Une prescription n'est jamais qu'une béquille.<sup>98</sup>

---

<sup>93</sup> Cloutier, « Notes sur l'utilisation du Largactil en psychiatrie », p.681.

<sup>94</sup> Larivière, « Quelques commentaires sur la chlorpromazine », p.18.

<sup>95</sup> G.J. Sarwer-Foner et W. Ogle, « The Use of Reserpine in an Open Psychiatric Setting », *Canadian Medical Association journal*, vol. 73, no 3, 1 août 1955, p.191; Pilon, « Les tranquillisants ou ataraxiques ou neuroplégiques », p.849.

<sup>96</sup> Pilon, « Les tranquillisants ou ataraxiques ou neuroplégiques », p.849.

<sup>97</sup> Coulombe et Gosselin, « Le Largactil chez les épileptiques internés », p.13.

<sup>98</sup> François Cloutier, « Méthodes thérapeutiques en psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, tome 87, novembre 1958, p.1289.

Le neuroleptique apparaît dans la littérature psychiatrique comme un instrument thérapeutique qui rend davantage accessible un rapprochement entre le médecin et le patient. Lorsqu'un patient demande à recevoir des injections de chlorpromazine, certains psychiatres estiment qu'il faut d'abord l'interroger sur ses motifs et l'écouter. Selon eux, malgré leurs énormes bienfaits, les tranquillisants ne peuvent en aucun cas remplacer les soins humains dont a besoin le souffrant<sup>99</sup>.

L'impact des neuroleptiques apparaît tout de même indéniable dans les années 1950. Dans son discours présenté lors du premier Congrès international de psychopharmacologie tenu à Rome en septembre 1958, le pape Pie XII fait le constat suivant :

Vous avez déjà pu secourir efficacement bien des souffrances devant lesquelles la médecine s'avérait impuissante il y a à peine trois à quatre ans. Vous avez maintenant la possibilité de rendre la santé mentale à des malades que l'on considérait naguère comme perdus.<sup>100</sup>

### 3.2 Les traitements psychologiques : la psychothérapie et l'approche psychanalytique

Avec la découverte de nouveaux médicaments efficaces et la publicité dont ils bénéficient, l'approche biologique occupe une place privilégiée au sein de la littérature psychiatrique. Toutefois, alors que les effets des neuroleptiques se précisent, les tenants des thérapies psychologiques font un retour en force à partir de la deuxième moitié des années 1950. Certes, au cours du siècle précédent, la pratique psychiatrique avait déjà développé l'idée d'un traitement moral. Il faut pourtant attendre les années 1950 pour que le terme psychothérapie puisse prendre son véritable sens.

---

<sup>99</sup> M.G. Jacoby, «Intravenous Chlorpromazine», *Canadian Medical Association journal*, vol. 79, no 2, 15 juillet 1958, p.147-148.

<sup>100</sup> Cité dans Jean Delay, « Médecine mentale et progrès scientifique », *L'Union médicale du Canada*, tome 90, septembre 1961, p.974.

### 3.2.1 Les origines des traitements psychologiques

Précédant dans le temps l'arrivée des traitements organiques, l'approche psychologique a joué un rôle fondamental dans l'émancipation de la psychiatrie contemporaine. Dans son livre *La science du mal*, Keating présente un bref résumé des travaux respectifs de Swain, Ackercknecht et Goldstein. Ces derniers font partie des nombreux auteurs qui voient dans le traitement moral élaboré par Pinel les débuts de la psychiatrie en tant que science<sup>101</sup>. Avec son regard nouveau sur la folie, Pinel remet en question les dogmes médicaux de son époque. Ainsi, il fait apparaître un reste de raison chez le malade qui rend possible le traitement moral. La folie apparaît alors comme curable. D'après Tourney, ce qu'il est fondamental dans l'approche révolutionnaire introduite par Pinel en France et par Tuke en Grande-Bretagne au XIX<sup>e</sup> siècle est le fait d'avoir ouvert la voie à une approche optimiste qui laisse entrevoir une possibilité de rendre curable la maladie mentale. En 1967, Tourney écrit que les principes thérapeutiques introduits par ces médecins aliénistes sont primordiaux puisqu'ils constituent la base de plusieurs programmes de traitements en psychiatrie<sup>102</sup>. Toutefois, l'étude des sources ne permet pas de conclure à cette importance dans les années 1950, à l'exception d'un article<sup>103</sup>.

### 3.2.2 La psychanalyse

Comparée à l'influence de Pinel, la portée des théories psychanalytiques, appelées aussi psychodynamiques, est moins discutable au sein de l'historiographie. La littérature vient appuyer ce constat. Depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, la psychanalyse se développe en parallèle de la psychiatrie officielle. Or, le début du XX<sup>e</sup> siècle se montre hostile à la psychanalyse particulièrement en France, en Allemagne et en Autriche, pays d'origine de Freud. Il faut attendre la Première Guerre mondiale, mais surtout la Deuxième, pour que les théories de

---

<sup>101</sup> Peter Keating, *La science du mal*, Montréal, Boréal, 1993, p.14-16

<sup>102</sup> Tourney, « A History of Therapeutic Fashions in Psychiatry 1800-1966 », p.785-786.

<sup>103</sup> Yves Rouleau, Guy Paradis et Jules Lambert, « La thérapeutique d'occupation dans un hôpital psychiatrique », *Laval médical*, vol. 24, no 1, octobre 1957, p.26-27.

Freud, Jung et Adler provoquent un véritable « envoûtement <sup>104</sup> » chez l'ensemble de la population des pays dits civilisés. Au cours des années 1950-1968, la nouvelle approche connaît un développement fulgurant. D'abord reconnues dans les milieux anglo-saxons, les théories freudiennes vont finalement se répandre en France pendant la décennie 1950. C'est d'ailleurs par l'entremise de stages en France que plusieurs médecins québécois se familiarisent avec ces nouvelles idées. Influencée par la pensée de Freud, toute une génération de psychiatres met de l'avant de nouvelles pratiques qui viennent alors concurrencer le clergé dans son rôle classique de guérisseur des âmes <sup>105</sup>. Ainsi, ce qui apparaissait comme une mode, voire une crise mineure au sein de la psychiatrie, débouche sur un questionnement beaucoup plus profond. En 1958, le D<sup>r</sup> Honoré Nadeau constate les effets de la psychanalyse :

La vogue de la psychanalyse, tout en attirant l'attention du public et des médecins sur les problèmes psychiques et leurs complications, a eu entre autres le bon effet de faire sortir la psychiatrie de la réserve où elle s'était cantonnée frileusement depuis de nombreuses années. Elle s'est vue forcée à descendre dans l'arène et à prendre un contact plus intime avec les réalités de la vie moderne. Sous l'effet de cette poussée salutaire la psychiatrie a dû élargir ses cadres, a dû modifier ses conceptions un peu vieillottes, a dû moderniser ses moyens de recherches, a dû élaborer des modes de traitement plus pratiques, plus adéquats, répondant plus exactement aux exigences de la clinique médicale moderne. <sup>106</sup>

Selon bien des auteurs, l'influence grandissante de la psychanalyse est à l'origine d'un changement radical de la pratique psychiatrique. L'école psychanalytique propose une « méthode d'exploration de l'inconscient <sup>107</sup> » qui met l'accent sur les éléments affectifs et

---

<sup>104</sup> Expression utilisée par l'auteur. Honoré Nadeau, « La psychiatrie vue par le médecin », *L'Union médicale du Canada*, tome 87, janvier 1958, p.16.

<sup>105</sup> Wallot, *La danse autour du fou*, p.185.

<sup>106</sup> Nadeau, « La psychiatrie vue par le médecin », p.16.

<sup>107</sup> Aurèle Beaulnes, « La psychanalyse », *Bulletin laënnec*, vol. 2, no 1, janvier 1952, p. 2.

psychologiques dans la compréhension des maladies mentales. Elle se base sur deux niveaux, soit le conscient et l'inconscient<sup>108</sup>.

La majorité des centres américains et canadiens assimilent rapidement les principes fondamentaux du freudisme. Le 17 octobre 1953, les psychanalystes canadiens membres de la Société internationale de psychanalyse s'unissent pour fonder une association canadienne officielle, la Société canadienne de psychanalyse ou *Canadian Psychoanalytic Society*. La société, dont le siège social est situé à Montréal, reste en relation avec les sociétés de psychanalyse de d'autres pays<sup>109</sup>. Les représentants de la Société canadienne de psychanalyse assistent à de nombreux congrès internationaux<sup>110</sup>. De plus, ils reçoivent également des invités de marque du milieu psychiatrique, tels que le docteur Serge Lebovici, médecin assistant et secrétaire scientifique de l'Institut de psychanalyse de Paris, et le docteur Clifford Scott, président de la *British Psycho-Analytical Society*<sup>111</sup>. L'organisation canadienne publie régulièrement le compte-rendu de ses activités dans la revue *l'Union médicale du Canada*. Plusieurs conférences portent sur l'homosexualité, qui semble être pour les partisans des théories psychanalytique un sujet de grand intérêt<sup>112</sup>.

---

<sup>108</sup> François Cloutier, « Évolution de la psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, tome 85, mars 1956, p.302.

<sup>109</sup> « Société canadienne de psychanalyse », *L'Union médicale du Canada*, tome 82, décembre 1953, p.1415.

<sup>110</sup> « Société canadienne de psychanalyse », *L'Union médicale du Canada*, tome 83, janvier 1954, p.100-102.

<sup>111</sup> « Société canadienne de psychanalyse », *L'Union médicale du Canada*, tome 83, septembre 1954, p.1066. « Société canadienne de psychanalyse », *L'Union médicale du Canada*, tome 83, janvier 1954, p.102.

<sup>112</sup> « Société canadienne de psychanalyse », *L'Union médicale du Canada*, tome 83, janvier 1954, p.102. « Société canadienne de psychanalyse », *L'Union médicale du Canada*, tome 82, décembre 1953, p.1415.

On peut aussi observer l'impact de la psychanalyse dans la formation donnée par les milieux universitaires, qui transmet désormais l'idée qu'une manifestation physique puisse provenir d'une cause affective liée à la personnalité du malade<sup>113</sup>.

Le milieu psychiatrique des années 1950 reste néanmoins partagé au sujet de la thérapeutique psychanalytique. Le psychiatre français D<sup>r</sup> Jean Delay croit que certaines critiques formulées à propos du freudisme trouvent justification à travers l'observation de cas d'abus. Or, lorsque le médecin pratique la psychothérapie avec professionnalisme et une connaissance élargie des différentes approches, il n'y a pas lieu de s'inquiéter<sup>114</sup>. Plusieurs neuropsychiatres, plus catégoriques, conçoivent la psychanalyse « comme un passe-temps réservé aux oisifs de la profession médicale et à leurs victimes<sup>115</sup> ». Ils reprochent à cette méthode thérapeutique de s'étaler sur un temps indéterminé, de donner des effets incertains et, par le fait même, d'engendrer des coûts prohibitifs<sup>116</sup>.

Au cours des années, les théories freudiennes ont subi maintes modifications, ce qui permet à la psychanalyse de servir de modèle dans le développement de techniques nouvelles. La méthode thérapeutique de la psychanalyse influencera plusieurs variantes de traitements psychologiques, aussi appelées psychothérapies<sup>117</sup>.

Selon le D<sup>r</sup> Larivière, plusieurs scientifiques confondent psychiatrie et psychanalyse alors que la psychanalyse ne représente en réalité qu'une approche psychothérapeutique parmi d'autres<sup>118</sup>. D'ailleurs, au cours de la période étudiée dans ce mémoire, ce sont davantage les

<sup>113</sup> Cloutier, « Évolution de la psychiatrie », p.302.

<sup>114</sup> Delay, « Médecine mentale et progrès scientifique », p.975.

<sup>115</sup> J.-B. Boulanger, « La psychanalyse est-elle une psychothérapie? », *Montréal médical*, vol.X, no 2, 1 octobre 1958, p.35.

<sup>116</sup> *Ibid*.

<sup>117</sup> Cloutier, « Évolution de la psychiatrie », p.314.

<sup>118</sup> Paul Larivière, « Définition et limites de la psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, tome 81, mai 1952, p.572-573.

techniques dérivées de la psychanalyse que son utilisation dans la forme classique qui présentent un intérêt en pratique psychiatrique<sup>119</sup>.

### 3.2.3 Les autres types de psychothérapies

Dans le milieu psychiatrique des années 1950, la psychothérapie apparaît comme un véritable traitement des problèmes émotifs. Cette méthode agit comme un remède en cherchant à atténuer les symptômes de la maladie et à redonner le goût de vivre au patient. Au cours de l'exercice, le malade doit chercher à se défaire de ce qui le hante. Le médecin devient en quelque sorte un guide pour le malade qui entreprend cet exercice d'autocritique. En retrouvant sa confiance en lui, le malade peut ensuite travailler sur ses relations interpersonnelles et espérer un avenir meilleur.

Outre la portée de la psychothérapie psychanalytique, il faut également souligner l'émergence de d'autres types de psychothérapies. Dans les années 1950, on assiste aux États-Unis à la naissance d'un nouveau mouvement de pensée influencé par la psychologie existentielle, l'approche humaniste. D'abord initié par le psychologue américain Carl Rogers (1902-1987) avec son approche centrée sur la personne (ACP) puis propulsé par d'autres grands noms, tels Maslow, May, Perls et Reich, le courant humaniste repose sur une méthode qui se veut non directive<sup>120</sup>. La psychothérapie humaniste vise à accompagner le client à travers une expérience consciente et libre dans laquelle la notion d'autodétermination est mise de l'avant afin de privilégier le rythme établi par le patient<sup>121</sup>. Elle cherche à promouvoir la prise de décision personnelle du client. Rogers et Kinget décrivent le rôle du thérapeute humaniste de la manière suivante: « Pour que le thérapeute soit efficace, il faut donc qu'il adopte, vis-à-vis de son client, une attitude empathique; il doit s'efforcer de s'immerger, avec

---

<sup>119</sup> Cloutier, « Méthodes thérapeutiques en psychiatrie », p.1291.

<sup>120</sup> Carl R. Rogers et G. Marian Kinget, *Psychothérapie et relations humaines*, Montréal, Institut de recherches psychologiques, 1969, p.10-15.

<sup>121</sup> *Ibid*, p.88-90.



le client, dans le monde subjectif de celui-ci.<sup>122</sup> » Ainsi, la relation qui s'établit entre le thérapeute et le patient se doit d'être respectueuse et de qualité, en faisant prévaloir les notions de compréhension et de tolérance. Située dans la même mouvance idéologique que la psychologie humaniste, la Gestalt-thérapie, qui intègre également d'autres courants de pensée, voit l'être humain comme un tout. Selon ce modèle, le patient reste en contact permanent avec son environnement. Il apprend à modifier ses comportements et, conséquemment, à s'impliquer dans le cours de sa vie. La notion de responsabilisation occupe donc une place importante<sup>123</sup>.

La littérature en psychologie attribue une grande importance à l'essor de l'approche humaniste. Toutefois, les sources recueillies dans le cadre de cette recherche ne permettent pas d'en arriver à une conclusion semblable en ce qui a trait à la psychiatrie. La psychanalyse reste de loin l'approche la plus traitée dans les revues psychiatriques et médicales canadiennes de la période étudiée.

Outre la méthode humaniste, certaines autres psychothérapies retiennent l'attention des psychiatres. En effet, on observe un intérêt particulier pour la psychothérapie de groupe<sup>124</sup>. Cette méthode permet de traiter dans un même temps plusieurs individus, en plus d'offrir une économie de coûts et de ressources. La psychothérapie de groupe engendre une baisse de l'attitude agressive dans les salles et favorise une proximité entre les malades.

Les scientifiques s'intéressent également à la thérapie d'occupation. En 1942, Patterson définit la thérapie d'occupation de la manière suivante : « Toute activité de travail ou de récréation mentale ou physique prescrite et appliquée d'une façon définie dans le but précis de contribuer au traitement et de hâter la guérison<sup>125</sup> ». Avec ce traitement, le patient reprend

---

<sup>122</sup> *Ibid*, p.14.

<sup>123</sup> *Ibid*, p.208-210.

<sup>124</sup> Cloutier, « Méthodes thérapeutiques en psychiatrie », p.1291.

<sup>125</sup> Patterson cité dans Rouleau, Paradis et Lambert, « La thérapeutique d'occupation dans un hôpital psychiatrique », p.26.

contact avec la réalité et son environnement. Lorsque sa condition s'améliore, le patient doit entreprendre des activités plus élaborées. La peinture, par exemple, représente un excellent outil d'expression pour le malade. D'après Yves Rouleau, Guy Paradis et le psychiatre D<sup>r</sup> Jules Lambert<sup>126</sup> de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, l'*occupational therapy* est très en vogue en France, en Angleterre et aux États-Unis. Elle représente une véritable profession dans les milieux psychiatriques anglais et américains. Dans les années 1950, on estime à près de 2000 nouveaux thérapeutes en formation par année chez nos voisins américains<sup>127</sup>.

Ainsi, la littérature psychiatrique abonde en études sur de nouvelles pratiques thérapeutiques. Parmi celles-ci, mentionnons également la thérapie par le sommeil<sup>128</sup>, la psychothérapie de support<sup>129</sup> ou les méthodes hypnotiques<sup>130</sup>. Ces thérapies ne sont pas nécessairement en contradiction avec la pratique d'institutionnalisation. Ainsi, dans les années 1950, le milieu psychiatrique propose encore l'hospitalisation comme traitement de la psychose. Le Dr. Marcel Berthiaume, directeur scientifique de Saint-Jean-de-Dieu explique :

[...] l'hospitalisation doit offrir un climat thérapeutique adéquat, fait d'une bonne compréhension des problèmes du malade et utilisant tous les services thérapeutiques utiles à l'amélioration des malades.

Un tel milieu offrira les avantages de toutes les formes d'occupation thérapeutique. Quelques-unes auront pour but de calmer ou de remonter le malade, d'autres de lui permettre de s'exprimer.<sup>131</sup>

---

<sup>126</sup> Dr. Jules Lambert. Psychiatre et surintendant à de l'Hôpital Saint-Michel-Archange. Auteur du livre *Mille fenêtres*.

<sup>127</sup> Rouleau, Paradis et Lambert, « La thérapeutique d'occupation dans un hôpital psychiatrique », p.30.

<sup>128</sup> Julio Vasquez, compte-rendu de l'ouvrage de J. Angel, « La thérapeutique par le sommeil », *La Revue Lyonnaise de Médecine*, vol. 1, no 297, 8 novembre 1952, dans *L'Union médicale du Canada*, tome 82, mars 1953, p.333-334.

<sup>129</sup> Gérard Beaudoin, « Le follow-up des malades psychiatriques après l'hospitalisation », *L'Union médicale du Canada*, tome 90, septembre 1961, p.967.

<sup>130</sup> Marcel Berthiaume, « Traitement et pronostic de la psychose maniaco-dépressive », *L'Union médicale du Canada*, tome 87, juillet 1958, p.810.

L'intégration de la psychothérapie dans les hôpitaux psychiatriques vient modifier le climat de l'établissement en plus de favoriser un contact entre le personnel et les patients<sup>132</sup>. En donnant des résultats encourageants, cette formule permet de souhaiter la réintégration possible du malade dans le monde extérieur. La psychothérapie n'a rien de magique et ne soigne pas toujours complètement les malades. Néanmoins, elle semble, dans plusieurs cas, accélérer de manière importante le processus de réadaptation du patient.

### 3.3 Vers une médecine psychosomatique

Jusque dans les années 1950, la psychiatrie a oscillé entre deux écoles de pensée traditionnellement opposées dans le traitement de la maladie, soit les théories organicistes et psychodynamistes. Face à une conception de la psychiatrie sans psychologie basée sur la théorie de la dégénérescence et de l'hérédité, les théories psychanalytiques et humanistes viennent soulever la question du facteur « affectivo-psychologique<sup>133</sup> » dans les maladies mentales<sup>134</sup>.

À la fin de la décennie 1950, le fossé qui sépare ces deux approches, bien qu'encore présent, semble s'atténuer peu à peu. La citation qui suit représente bien le genre de propos retrouvés dans la littérature psychiatrique de l'époque:

Un dualisme aussi artificiel est dépassé aujourd'hui. L'homme se présente comme un tout s'exprimant à deux niveaux d'activité: le physique et le psychique. Il n'y a plus opposition de ses différents aspects mais intégration.<sup>135</sup>

---

<sup>131</sup> *Ibid.*

<sup>132</sup> T.J. Mallinson et W.T. Lawson, « Assessing the Use of Group Methods in Rehabilitating the Psychiatric Patient », *Canadian Psychiatric Association journal*, vol. 2, no 4, octobre 1957, p.190-197.

<sup>133</sup> Expression utilisée par les auteurs. Voir Réal Gélinas et Camille Laurin, « Incidences psychiatriques de la porphyrie », tome 90, *L'Union médicale du Canada*, janvier 1961, p.52.

<sup>134</sup> *Ibid.*, p.52.

<sup>135</sup> Cloutier, « Méthodes thérapeutiques en psychiatrie », p.1286.

Ainsi, s'affirme une troisième tendance dans le milieu psychiatrique, tendance qui milite en faveur d'une synthèse des deux écoles de pensée classiques dans le but de comprendre davantage la maladie. Aux partisans des deux approches antagoniques vient s'opposer un nouveau groupe en faveur d'une approche multifactorielle, appelée psychosomatique<sup>136</sup>. Le mouvement psychosomatique contemporain regroupe un ensemble d'approches différentes. Il propose une réponse au dilemme traditionnel entre l'âme et le corps en mettant de l'avant une conception qui conçoit l'être humain comme un tout<sup>137</sup>. Cette conception de la maladie prend donc en considération les interactions entre la psychopathologie et la physiopathologie<sup>138</sup> :

La médecine psychosomatique étudie l'homme malade considéré dans tous ses aspects, comme un tout indivisible, avec ses craintes, ses angoisses, ses désirs, ses désespoirs. Elle constitue un peu l'intégration des découvertes de la psychanalyse et de la psychiatrie à celles de la physiologie, de la pathologie, de l'histologie et de la chimie.<sup>139</sup>

Dans l'approche psychosomatique, la psychopharmacologie sert de complément à une thérapeutique nettement plus large<sup>140</sup>. Selon ces adeptes, l'administration d'un médicament exige une connaissance suffisante de la personnalité du patient<sup>141</sup>. C'est d'ailleurs ce qui est enseigné dans les facultés de médecine du Québec qui, en suivant le modèle des universités américaines, intègrent au cours des années 1950 la médecine psychosomatique dans l'apprentissage des nouveaux étudiants<sup>142</sup>.

---

<sup>136</sup> Berthiaume, « Traitement et pronostic de la psychose maniaco-dépressive », p.805.

<sup>137</sup> « La Médecine psychosomatique », *Bulletin laënnec*, vol. 4, no 2, décembre 1953, p.1.

<sup>138</sup> Cloutier, « Notes sur l'utilisation du Largactil en psychiatrie », p.682; Cloutier, « Évolution de la psychiatrie », p.314.

<sup>139</sup> « La Médecine psychosomatique », p.1.

<sup>140</sup> Gélinas et Laurin, « Incidences psychiatriques de la porphyrie », p.52.

<sup>141</sup> Cloutier, « Notes sur l'utilisation du Largactil en psychiatrie », p.682.

<sup>142</sup> « La Médecine psychosomatique », p.1.

### 3.4 Les congrès mondiaux et associations de psychiatrie

Entre 1950 et 1962, les psychiatres canadiens et québécois participent à de nombreux événements scientifiques à l'échelle internationale. La décennie s'ouvre avec le premier Congrès mondial de psychiatrie à Paris en 1950. Puis en 1957, le deuxième Congrès mondial de psychiatrie se tient à Zurich et réunit près de 2500 psychiatres originaires de plus de soixante pays différents. Lors de cette rencontre, quatre sujets retiennent particulièrement l'attention des congressistes : le besoin de définir davantage les méthodes de description des maladies, les recherches biologiques et biochimiques, la nouvelle pharmacologie et la validation possible de la psychothérapie comme moyen thérapeutique<sup>143</sup>. La tenue de ces congrès d'envergure internationale produit un effet majeur dans le développement de la recherche psychiatrique. Les études publiées, notamment dans le *Canadian journal of Psychology*<sup>144</sup>, témoignent bien de l'effervescence qui touche les domaines conjoints de la psychologie et la psychiatrie. On verra dans le chapitre 4 comment cette période d'ébullition est liée à la création de départements de psychiatrie et de psychologie au Canada.

Lors du congrès à Zurich, on peut percevoir une meilleure entente entre les organicistes et les psychogénétistes. Les deux conceptions opposées tendent en effet à se rapprocher. On assiste à l'affirmation d'une médecine psychosomatique alliant le psychique au physique :

Si le congrès de 1950 plaçait les tenants des traitements somatiques dans une situation assez précaire devant les approches agressives et séduisantes des psychanalystes et psychothérapeutes de toutes sortes, ils ont eu leur revanche, cette fois-ci, avec leurs phalanges de médications « miraculeuses ». Cependant, ils ont fait montre d'un enthousiasme plus sobre qu'à l'avènement de ces tranquillisants. Les indications et contre-indications se précisent et leur action se définit de plus en plus. Curieusement, contre cet envahissement du domaine de la thérapeutique par les nouvelles médications, l'attaque n'est pas venue des forces psychodynamiques, mais du clan détrôné des partisans de la thérapie de choc.<sup>145</sup>

---

<sup>143</sup> François Cloutier, « Bilan de congrès », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, décembre 1957, p.1427.

<sup>144</sup> Société canadienne de psychologie, *Canadian journal of Psychology*, Toronto, 1950-1962.

C'est à Montréal que se tient le troisième Congrès mondial de psychiatrie du 4 au 10 juin 1961. L'événement, sous la tutelle de l'Association canadienne de psychiatrie et de l'Université McGill, réunit plus de 3 000 psychiatres de 60 nations différentes. La présence d'un congrès d'une telle ampleur témoigne du dynamisme de l'Association canadienne de psychiatrie ainsi que des milieux psychiatriques montréalais et canadiens. Lors de ce congrès, on assiste à la fondation de l'Association mondiale de psychiatrie (WPA), organisme qui existe encore aujourd'hui, avec comme premier président le docteur canadien Donald Ewen Cameron<sup>146</sup>.

En effet, les milieux psychiatriques canadien et québécois semblent florissants pendant la décennie 1950. La communauté psychiatrique, surtout anglophone, loin d'être refermée sur elle-même, semble plutôt ouverte sur le monde. L'Université de Montréal et l'Université McGill sont les hôtes de plusieurs colloques qui accueillent de nombreux représentants européens et américains<sup>147</sup>. Les psychiatres comptent plusieurs associations dans lesquelles ils peuvent exercer leur dynamisme : la Société canadienne de psychanalyse, l'Association canadienne de psychiatrie, la Société canadienne d'études et de recherches psychiatriques<sup>148</sup> ainsi que l'Association de psychiatrie de la province de Québec. Ces organes nationaux, nés sous l'aile d'associations de plus grande envergure, lient les psychiatres canadiens aux milieux psychiatriques américain et international<sup>149</sup>.

---

<sup>145</sup> Marcel Berthiaume, « Congrès international de psychiatrie Zurich 1957 », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, novembre 1957, p.1281.

<sup>146</sup> Jean-Marc Bordeleau, « Congrès mondial de psychiatrie », p.724-726.

<sup>147</sup> Par exemple : le « Colloque international sur le système extra-pyramidal et les neuroleptiques », *L'Union médicale du Canada*, tome 89, décembre 1960, p.1671.

<sup>148</sup> « Société canadienne d'études et de recherches psychiatriques », *L'Union médicale du Canada*, tome 87, avril 1958, p.494.

<sup>149</sup> « Congrès de psychiatrie à Montréal », *L'Union médicale du Canada*, tome 85, septembre 1956, p.1093.

### 3.5 Conclusion

Il existe deux philosophies au sujet des neuroleptiques chez les psychiatres. Il y a ceux qui éprouvent à l'égard des nouveaux médicaments un optimisme débordant. Puis il y a les autres qui, sans posséder un regard pessimiste, craignent le manque de connaissance du mode d'action des neuroleptiques. Ces derniers affirment également qu'il ne faut pas mettre de côté l'utilisation d'autres méthodes thérapeutiques, telle la psychothérapie<sup>150</sup> :

De fait, les rapports sur les tranquillisants étaient si mirobolants que l'on a donné le nom de médicament « miracle » à ces drogues. On a cru que les hôpitaux psychiatriques se videraient de leurs patients et que les psychiatres devraient se chercher une autre spécialité. On a cru également que c'en était fini des thérapeutiques de chocs.<sup>151</sup>

L'optimisme du début, qui s'est manifesté à travers la littérature psychiatrique, a donc fait place au cours des années 1950 à certaines réserves. Les effets pervers de l'utilisation des neuroleptiques apparaissent après une certaine période d'essais et de recherches. Ne constituant nullement des agents curatifs, les neuroleptiques ne peuvent remplacer instantanément les autres traitements existants, tels que la lobotomie, les électrochocs et l'insulinothérapie<sup>152</sup>. Cependant, l'arrivée d'un tel arsenal thérapeutique représente un pas immense en psychiatrie. La traditionnelle camisole de force se voit ainsi être remplacée par l'utilisation d'une pharmacopée efficace, aussi appelée camisole de force chimique.

La découverte du neuroleptique donne à la médecine psychiatrique un nouvel espoir et ouvre la voie à de nombreuses recherches dans le domaine de la psychopharmacologie. Cette avancée permet aux scientifiques d'espérer un jour trouver un médicament qui puisse intervenir directement sur le fonctionnement du psychisme humain<sup>153</sup> :

---

<sup>150</sup> Tyndel, « Ataractic Drugs in the Psychiatric Hospital », p.582-583.

<sup>151</sup> Yvan Léger, « Les thérapies de chocs », p.855.

<sup>152</sup> Charles-A. Martin, « Épreuve du Largactil en psychiatrie », p.1093-1094.

<sup>153</sup> Bordeleau, « Les neuroleptiques en psychiatrie », p.29.

La découverte et l'emploi des tranquillisants nous a fait comprendre que les « oubliés » avaient une personnalité individuelle et particulière, et nous sommes en voie de franchir le seuil qui nous séparait de ces malades.<sup>154</sup>

Outre les changements qu'ils engendrent dans les salles de chroniques, les neuroleptiques amènent le malade à reprendre contact avec la réalité. Cette situation vient bouleverser l'organisation des établissements psychiatriques en ayant des conséquences tant pour le personnel que pour les patients. Par conséquent, les hôpitaux sont amenés à changer leurs pratiques afin d'occuper les patients de manière thérapeutique<sup>155</sup>. On sent alors le besoin de créer des activités dans les hôpitaux, réalité nouvelle qui s'inscrit dans la philosophie de la psychothérapie<sup>156</sup> :

Toutes ces activités créent dans l'hôpital un climat thérapeutique, qui accélère la réadaptation de certains et crée un milieu social aussi normal que possible pour ceux qui doivent vivre en retrait de la Société.<sup>157</sup>

Avec le développement de récentes techniques thérapeutiques comme la psychothérapie, la psychiatrie, aidée par la psychologie, va beaucoup plus loin dans son approche. Dans la logique de cette nouvelle tendance psychosomatique, il ne s'agit pas de faire uniquement engloutir une tonne de médicaments aux patients, mais bien de les accompagner dans une cure complète qui implique aussi une introspection visant à une meilleure compréhension et acceptation de soi.

Les découvertes en psychopharmacologie et le développement de nouvelles psychothérapies ne semblent donc pas nécessairement en contradiction avec

---

<sup>154</sup> Voir résumé. J. Lancy, « Clinical Use of Pacatal in the Care of Disturbed Mentally Retarded Patients », *Canadian Psychiatric Association journal*, vol. 6, no 1, janvier 1961, p.27.

<sup>155</sup> T. J. Mallinson et W. T. Lawson, « Assessing the Use of Group Methods in Rehabilitating the Psychiatric Patient », *Canadian Psychiatric Association journal*, p.190-197.

<sup>156</sup> Larivière, « Définition et limites de la psychiatrie », p.572.

<sup>157</sup> Rouleau, Paradis et Lambert, « La thérapeutique d'occupation dans un hôpital psychiatrique », p.30.



l'institutionnalisation en psychiatrie. Or, ce qui est d'intérêt pour le présent mémoire est de démontrer l'impact de ces nouvelles techniques sur le taux d'hospitalisation. À l'image des autres sociétés occidentales, les innovations thérapeutiques sont cruciales dans le phénomène de la déshospitalisation du malade mental tant au Québec qu'ailleurs.

D'après Beaudet, sans l'avènement du premier neuroleptique, la population internée aurait certainement continué à augmenter<sup>158</sup>. Selon elle, cette découverte pave la voie à une pensée thérapeutique optimiste dans laquelle la structure asilaire est remise en question :

A partir du moment où l'on pouvait contrôler chimiquement le processus normal de la maladie mentale, la structure asilaire, conçue comme moyen physique de protéger la société des individus a-sociaux, devenait désuète.<sup>159</sup>

On retrouve dans les revues scientifiques dépouillées quelques articles qui arrivent aux mêmes conclusions. Ainsi, le neuroleptique permet à certains patients d'éviter l'hospitalisation ou d'en diminuer la durée, que ce soit par l'utilisation de la réserpine, par l'association de la chlorpromazine et de la réserpine ou à l'aide de leurs dérivés<sup>160</sup>. Une étude menée à New York conclut que l'arrivée des neuroleptiques est à l'origine d'une baisse de la population internée. Cette baisse touche particulièrement les schizophrènes âgés entre 21 et 40 ans<sup>161</sup>.

Aidée par les avancées pharmacologiques, la psychothérapie se donne comme objectif de rendre possible une intégration du patient dans la société. De plus, elle cherche à empêcher le malade de devenir chronique et de se désocialiser à l'intérieur des murs de l'institution. Pendant les années 1950, le milieu psychiatrique met de l'avant l'idée de recréer un lien entre

---

<sup>158</sup> Beaudet, *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec*, p.69.

<sup>159</sup> *Ibid*, p.74.

<sup>160</sup> Berthiaume, « Actualités thérapeutiques en neuro-psychiatrie: la réserpine (serpasil) », p.1041.

<sup>161</sup> S.G., « American Psychiatric Association », *Canadian Medical Association journal*, vol. 80, no 11, 1 juin 1959, p.915.

le malade et son entourage. Avec la psychothérapie, le patient reprend contact avec lui-même, puis avec son entourage. Déjà en 1962, le D<sup>r</sup> Lambert de Saint-Michel-Archange affirme :

De nombreux malades qui, autrefois, étaient confinés à l'hôpital psychiatrique pour le reste de leur vie, peuvent bénéficier de sorties plus fréquentes, de congés d'essai et même de sorties définitives même si la guérison complète demeure impossible.<sup>162</sup>

En somme, les avancées scientifiques en psychiatrie, sur le plan des traitements tant organiques que psychologiques, viennent modifier radicalement la manière de traiter les malades mentaux. Pour certains patients, cette évolution signifie une réduction de la période d'hospitalisation suivie d'une réintégration en société, alors que, pour d'autres, elle offre une possibilité d'échapper complètement à l'institutionnalisation. Selon Wallot, avec cette *révolution tranquillisante*, il devient possible d'amoindrir la symptomatologie des maladies et de permettre aux malades de vivre à l'extérieur des murs de l'hôpital, puis d'échapper à l'institutionnalisation<sup>163</sup>. Dans un tel contexte, l'idée selon laquelle on rentre à l'asile pour la vie ne tient donc plus la route.

---

<sup>162</sup> Jules Lambert, « Les aspects psychiatriques de la limitation des naissances », *Laval médical*, vol.33, no 3, mars 1962, p.192.

<sup>163</sup> Hubert A. Wallot, « Évolution des services psychiatriques au Québec », dans *Psychiatrie clinique*, sous la dir. de Pierre Lalonde, Frédéric Grunberg et Jocelyn Aubut, Boucherville, G.Morin, 2001, p.1915.

## CHAPITRE IV

### LA PSYCHIATRIE DANS LA SOCIÉTÉ

La question du rapport des psychiatres avec la société reste très peu étudiée. Or, dans le cadre de ce mémoire, il importe de discerner à travers la littérature scientifique les grandes idées énoncées par la communauté psychiatrique dans sa réponse au contexte mouvementé des années 1950.

Au cours de cette décennie, le développement de la pratique thérapeutique et la crise du réseau psychiatrique amènent la science psychiatrique à s'ouvrir sur la société. Les thèmes abordés au cours de la conférence canado-américaine de la *Second Mental Hospital Institute*, tenue à St-Louis au Missouri du 16 au 19 octobre 1950, illustrent bien les grandes préoccupations qui animeront le milieu psychiatrique au cours de la décennie. Les psychiatres du Canada et des États-Unis y discutent entre autres des avancées thérapeutiques, de l'essor de la psychiatrie au sein des hôpitaux généraux ainsi que de la formation d'une main-d'œuvre spécialisée dans le domaine. De plus, les D<sup>rs</sup> Reid et Cameron présentent dans une communication donnée lors de cette rencontre, un projet d'hospitalisation diurne des malades au *Allan Memorial Institute*, formule connue aux États-Unis sous le vocable de *Day Hospitals*<sup>1</sup>.

#### 4.1 Nouvelle vision de la psychiatrie

La décennie 1950 s'ouvre sur une importante réflexion concernant le rôle de la psychiatrie dans la communauté. Les apports de la psychanalyse, de la psychothérapie et de

---

<sup>1</sup> Paul Larivière, « Deuxième réunion du "Mental Hospital Institute" », *L'Union médicale du Canada*, tome 80, février 1951, p.251.

la psychologie sont à l'origine d'une nouvelle approche qui vise à revaloriser davantage la psychiatrie en tant que science. Désormais, l'époque où la « psychiatrie, quand elle est acceptée comme faisant partie de la médecine, est considérée comme une parente bien pauvre <sup>2</sup> » semble révolue.

#### 4.1.1 La Faculté de médecine et le département de psychiatrie

Les domaines de la psychologie et de la psychiatrie évoluent grandement à partir de la Seconde Guerre mondiale. Ces disciplines connaissent en effet des avancées importantes tant dans le développement des programmes d'études universitaires que dans le nombre de nouveaux diplômés :

Depuis quelques années, grâce aux recherches et aux essais constants, la thérapeutique dans les maladies mentales s'est vue prendre un essor considérable. La psychiatrie n'est plus, aujourd'hui, le témoin impuissant de maladies jadis considérées comme incurables<sup>3</sup>.

À la 115<sup>e</sup> conférence annuelle de l'*American Psychiatric Association*, tenue à Philadelphie du 27 avril au 1<sup>er</sup> mai 1959, le D<sup>r</sup> Francis J. Gerty de Chicago déclare que les étudiants en médecine, voire même les spécialistes, ne sont pas suffisamment préparés pour utiliser la technique psychothérapeutique avec le patient<sup>4</sup>. C'est donc pour remédier à la situation que l'Université du Colorado impose l'enseignement de la psychiatrie clinique aux nouveaux étudiants en médecine<sup>5</sup>.

---

<sup>2</sup> Léo-Paul Ferron, « Les praticiens au service des malades mentaux », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, août 1957, p.850.

<sup>3</sup> Alphonse Pelletier et Guy Paradis, « Alcool intraveineux et électro-choc dans le traitement des délires aigus », *Laval médical*, vol.16, no 4, avril 1951, p.478.

<sup>4</sup> S.G., « American Psychiatric Association », *Canadian Medical Association journal*, vol. 80, no 11, 1 juin 1959, p.914.

<sup>5</sup> *Ibid*, p.916.

Au Québec, prenons l'exemple de l'Université de Montréal, qui est le cas le plus documenté dans la littérature de l'époque. Fondé en 1942, le département de psychologie de l'Université de Montréal devient, avec celui de l'Université d'Ottawa créé en 1941, l'un des plus anciens départements francophones de psychologie nord-américains. Or, ce n'est qu'en 1962 que la Corporation professionnelle des psychologues du Québec est reconnue légalement dans la province. À partir de cette date, le nombre d'étudiants et de professeurs en psychologie connaîtra un accroissement considérable.

Puis, en 1949, la Faculté de médecine de l'Université de Montréal crée un département de psychiatrie. Au cours de la décennie 1950, l'orientation donnée au programme de psychiatrie va connaître un tournant décisif. À l'origine, les étudiants du programme ne faisaient que 40 heures de clinique en quatrième année. Affilié à l'Université de Montréal depuis 1926, Saint-Jean-de-Dieu accueille uniquement douze étudiants par année<sup>6</sup>. Mais les relations entre l'hôpital et le milieu universitaire restent tendues. En 1956, l'opposition qui perdure entre les deux parties vient compromettre la formation des étudiants et la recherche universitaire en milieu hospitalier. Par la suite, le Collège des médecins du Québec et du Canada retira son accréditation à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu<sup>7</sup>.

Le D<sup>r</sup> Camille Laurin, professeur titulaire à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, puis directeur des services au département de psychiatrie dès 1958, représente un témoin privilégié de cette grande mutation réalisée. Selon lui, les transformations dans le domaine de l'enseignement de la psychiatrie sont intimement liées à l'évolution marquée de l'orientation idéologique au sein de la direction de la Faculté. En effet, avec l'affirmation de la médecine psychosomatique, la maladie mentale n'apparaît plus uniquement comme un problème biologique. Ainsi, l'intérêt suscité par la psychologie engendre un renouvellement dans l'étude des maladies mentales. La psychologie met de l'avant l'idée que l'on peut comprendre l'origine des problèmes mentaux chez un individu en cherchant à connaître le

---

<sup>6</sup> Camille Laurin, « L'enseignement de la psychologie médicale à l'Université de Montréal », *Canadian Medical Association journal*, vol. 86, no 14, 7 avril 1962, p.619.

<sup>7</sup> Françoise Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 2003, p.58.

parcours de sa vie. Ce vent de changement est également accéléré par l'importante hausse du personnel professoral du département de psychiatrie, hausse imputable aux subventions fédérales et provinciales. La psychiatrie s'impose donc dans le milieu universitaire de sorte que, selon le D<sup>r</sup> Laurin, le département de psychiatrie à partir de 1962 compte parmi les départements les plus imposants de la Faculté de médecine<sup>8</sup>. Wallot nous rappelle toutefois que ce n'est qu'à partir de 1964 qu'on utilisera le mot *département de psychiatrie*. Cette date correspond à l'arrivée du premier directeur du département de psychiatrie, D<sup>r</sup> Gérard Beaudoin<sup>9</sup>.

À l'Université Laval, la création du département de psychiatrie remonte à 1948, mais il faut attendre le début des années 1960 pour que le programme, mieux aménagé, prenne de l'ampleur<sup>10</sup>. Il est intéressant de noter que plusieurs psychiatres qui gravitent autour du département, notamment les D<sup>rs</sup> Jules Lambert, Charles Alfred Martin, Yves Rouleau, Jean Delage et Marcel Coulombe, sont également auteurs de nombreux articles dans les revues scientifiques dépouillées.

#### 4.1.2 La formation du praticien

Le psychiatre ne peut plus faire lit à part; bien au contraire, il doit tendre par tous les moyens à se rapprocher de plus en plus du clinicien et marcher de pair avec lui dans la pratique parfois si difficile de la médecine.<sup>11</sup>

Avec l'augmentation du nombre d'individus souffrant de troubles psychiques, les institutions psychiatriques débordent et, par conséquent, ne peuvent plus recevoir de nouveaux patients. À cela s'ajoute le fait que les psychiatres qui, en nombre insuffisant, n'arrivent plus à répondre à la demande, et ce, malgré l'accroissement considérable de leur

---

<sup>8</sup> *Ibid.*

<sup>9</sup> Hubert A. Wallot, *La danse autour du fou*, Beauport, Publications MHN, 1998, p.143.

<sup>10</sup> *Ibid.*, p.143-144.

<sup>11</sup> Honoré Nadeau, « La psychiatrie vue par le médecin », *L'Union médicale du Canada*, tome 87, janvier 1958, p. 16.

effectif. Ainsi, au cours des années 1950, il semble fort difficile de faire hospitaliser un malade et surtout de le référer à un psychiatre. C'est le constat auquel aboutit l'ensemble de la communauté médicale de l'époque. Le psychiatre Dr Léo-Paul Ferron de Saint-Jean-de-Dieu constate ceci :

Il m'apparaît de toute évidence que le psychiatre est incapable de faire face, seul, à l'ampleur du problème que pose la maladie mentale. Le nombre plutôt restreint des psychiatres, le temps que plusieurs d'entre eux accordent à l'enseignement, leur position comme spécialistes plus ou moins accessibles dans certains cas, le fait qu'ils pratiquent dans les centres populeux et d'autres raisons encore font qu'ils ne peuvent traiter tous les malades mentaux de leur région.<sup>12</sup>

Il faut ici ouvrir une parenthèse avant de poursuivre l'analyse. En effet, il importe de préciser que, malgré la place prépondérante qu'occupe l'hôpital psychiatrique dans les années 1950, cela n'exclut pas le fait que de nombreux psychiatres pratiquent en cliniques privées, et ce, depuis le début du siècle. D'après Boudreau, plusieurs des 170 psychiatres et 22 neuropsychiatres de la province oeuvraient dans le secteur privé<sup>13</sup>. Ainsi, ces derniers ne sont donc pas aussi coupés de la société que l'on pourrait le croire, et ce, bien que l'assise de la psychiatrie se situe essentiellement en asile. Il aurait pu être bien venu de traiter davantage de l'ampleur du phénomène et de son influence dans une situation d'institutionnalisation de la folie. Toutefois, dans la littérature dépouillée, il existe peu ou pas d'informations pertinentes permettant d'étudier davantage la pratique psychiatrique en clinique privée au Québec pendant la décennie 1950. Les psychiatres qui écrivent dans les revues scientifiques de l'époque se présentent toujours comme appartenant à un hôpital psychiatrique précis et il est difficile de savoir s'ils oeuvrent également en parallèle dans le secteur privé. Même les psychiatres et journalistes qui critiquent l'asile ne s'expriment pas sur les possibilités d'un système privé au Québec. Par conséquent, cette recherche se consacre davantage à l'étude de la relation du psychiatre à la société dans un contexte asilaire, qui est encore à cette époque à l'avant-scène en psychiatrie.

---

<sup>12</sup> Ferron, « Les praticiens au service des malades mentaux », p.851.

<sup>13</sup> Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, p.49.

Avec la pénurie de psychiatre et certaines conditions inévitables, telles que l'éloignement de l'hôpital, les obligations à la maison, l'horaire de travail et les problèmes financiers, plusieurs patients hospitalisés doivent poursuivre leur démarche thérapeutique avec leur médecin de famille dès la sortie de l'hôpital<sup>14</sup>. Cette tradition remonte au XIX<sup>e</sup> siècle alors que l'isolement des psychiatres dans les asiles, mais surtout leur nombre restreint, amènent le médecin de famille à jouer un rôle central dans la prise en charge des malades psychiatriques. En effet, au cours des années 1950, le milieu médical va même jusqu'à se demander si le recours à un psychiatre en premier lieu constitue toujours le meilleur choix pour le malade.

On s'aperçoit en fait que la clientèle du médecin est formée en grande partie de malades souffrant de problèmes fonctionnels souvent d'ordre psychiatrique<sup>15</sup>. De plus, on constate que le médecin, contrairement au psychiatre, jouit d'un certain prestige au sein de l'opinion publique. En effet, la population de l'époque est encore très réticente, voire méfiante, à l'égard du psychiatre. Boudreau nous rappelle que, pendant longtemps, la psychiatrie reste amputée par l'image négative que la société s'en est forgée. Ce phénomène expliquerait la marginalisation traditionnelle de la psychiatrie au sein de la médecine. Conséquemment, ceux qui soignent la folie n'ont jamais bénéficié de la ferveur de la population<sup>16</sup>.

Pour l'ensemble de ces raisons, le médecin apparaît comme le professionnel le mieux indiqué pour guider son patient et l'inciter à consulter un psychiatre en cas de besoin. En effet, le médecin entretient un lien professionnel beaucoup plus personnel avec son patient et maintient une relation de confiance<sup>17</sup>. Le psychiatre D<sup>r</sup> Gérard Beaudoin<sup>18</sup> croit que le «malade, au fond, a bien plus de confiance en "son docteur" <sup>19</sup> ».

---

<sup>14</sup> Gérard Beaudoin, « Le follow-up des malades psychiatriques après l'hospitalisation », *L'Union médicale du Canada*, tome 90, septembre 1961, p.966.

<sup>15</sup> Ferron, « Les praticiens au service des malades mentaux », p.851-852.

<sup>16</sup> Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, p.12.

<sup>17</sup> Beaudoin, « Le follow-up des malades psychiatriques après l'hospitalisation », p.967.



Appelé à poursuivre le traitement du malade lorsqu'il quitte l'hôpital et à assurer la réintégration de ce dernier dans la société, le médecin doit posséder une connaissance suffisante des maladies psychiatriques ainsi que des différentes méthodes de traitements. Dans plusieurs cas, il est souvent le premier professionnel rencontré par le malade de sorte qu'il doit pouvoir poser un premier diagnostic afin de référer les cas plus lourds au psychiatre<sup>20</sup>. Or, les médecins des années 1950 ne semblent pas convenablement formés pour répondre à ce nouveau rôle. Le D<sup>r</sup> Ferron déclare ceci :

Mes fonctions m'ont mis en rapport avec bon nombre de médecins demandant le placement d'un malade ou désireux d'obtenir des explications sur la manière d'aider un malade ou de comprendre un malade, sur la conduite à tenir dans tel cas particulier, etc. Des confrères m'ont fait des commentaires sur la psychiatrie, ont admis leur embarras et même leur impuissance en face du patient psychiatrique<sup>21</sup>.

Si le manque de psychiatres rend de plus en plus indispensable la participation des médecins dans la sphère psychiatrique, il reste que ceux-ci ne possèdent pas suffisamment d'outils pour satisfaire aux nouvelles exigences rencontrées. Dans une allocution donnée lors des Journées médicales annuelles de la Société médicale de Montréal, le D<sup>r</sup> Ferron s'alarme devant la situation. D'après lui, un médecin dépourvu de connaissances « pourra retarder tellement le recours au psychiatre que la maladie sera devenue chronique au moment où il s'y résoudra et le pronostic sera beaucoup moins bon, le traitement plus long et compliqué<sup>22</sup> ». Un mauvais jugement de la part du généraliste peut avoir de graves répercussions dans le parcours du malade et sur l'évolution de sa maladie.

<sup>18</sup> Dr. Guérard Beaudoin. Psychiatre, il devient en 1965 directeur du Département universitaire de psychiatrie à l'Université de Montréal. Il occupe le poste pendant près de 10 ans. Professeur titulaire de clinique (1968). Président de l'Association des psychiatres du Canada au début des années 1970.

<sup>19</sup> Paul Larivière, « Définition et limites de la psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, tome 81, mai 1952, p.574.

<sup>20</sup> Ferron, « Les praticiens au service des malades mentaux », p.851.

<sup>21</sup> Léo-Paul Ferron, « Pour de meilleures relations entre le praticien et le psychiatre », *L'Union médicale du Canada*, tome 87, janvier 1958, p.24.

<sup>22</sup> *Ibid*, p.25.

#### 4.1.3 Le développement de la médecine psychosomatique

D'un autre côté il faut réhumaniser la médecine et enseigner aux étudiants à voir l'aspect global des malades.<sup>23</sup>

Dans un contexte où les généralistes sont appelés à jouer un rôle auprès des malades psychiatriques, il devient impératif pour le milieu universitaire d'apporter des changements à la formation des élèves en médecine générale. À cela s'ajoute les pressions exercées par une nouvelle tendance en médecine, l'approche psychosomatique, qui considère le malade comme une personne à part entière. Ainsi, pour répondre à ces nouvelles réalités, les facultés de médecine devront modifier leur programme d'enseignement général destiné à l'étudiant afin d'y intégrer des notions de psychiatrie et de psychologie. Comme le souligne le D<sup>r</sup> Laurin :

On voit déjà qu'il ne s'agit pas de faire du futur médecin un psychiatre mais de l'aider à comprendre l'homme dans sa totalité et son dynamisme, dans son esprit comme dans son corps, dans son essence comme dans les multiples rôles qu'il assume, dans la santé comme dans la maladie. Il pourra certes reconnaître et traiter lui-même la plupart des troubles psychiatriques mineurs mais il pourra surtout s'approcher davantage de chacun de ses malades, voir en lui une personne plus qu'un cas, faire passer ses intérêts avant les siens propres, se rendre disponible à ses confidences et capable de les provoquer, être son guide et son soutien. La psychologie médicale peut ainsi devenir le principal facteur d'humanisation de la médecine contemporaine qui en a certes grand besoin.<sup>24</sup>

Plusieurs facultés de médecine mettent donc de l'avant un programme en médecine générale comprenant notamment des notions de psychologie et de psychiatrie. En effet, la communauté médicale des années 1950 suggère une formation influencée par une approche psychologisante qui voit l'être humain comme un tout. Ainsi, la médecine psychosomatique sort de son cadre théorique pour devenir un modèle d'enseignement utilisé dans la pratique courante :

---

<sup>23</sup> *Ibid*, p.26.

<sup>24</sup> Laurin, « L'enseignement de la psychologie médicale à l'Université de Montréal », p.620.

Qu'une formation psychologique soit nécessaire non seulement aux spécialistes en psychiatrie mais à tous les médecins, c'est là une notion que concrétise le développement de la médecine psychosomatique et aussi l'institution dans nos facultés d'un enseignement de psychologie médicale, selon le vœu qu'avait émis, il y a bien longtemps, Charcot.<sup>25</sup>

Un bon moyen mis de l'avant dans la formation en médecine de l'époque est le stage en psychiatrie, qui favorise un rapport direct avec le patient et qui permet à l'étudiant de se familiariser avec les réalités médicales liées aux troubles pathologiques. Pour Roberge, responsable d'une clinique psychiatrique, le stage permet à l'étudiant d'établir une première relation avec les malades mentaux. Cette forme d'apprentissage est fondamentale dans la préparation du futur médecin :

Cet étudiant, même s'il ne se spécialise pas en Psychiatrie, n'aura-t-il pas un flair plus développé qui lui facilitera la détection de ces maladies mentales auxquelles il devra faire face demain?<sup>26</sup>

Ainsi, dans cette période d'après-guerre se développe l'idée selon laquelle la réussite d'une démarche en médecine réside dans le lien fondamental qui s'établit entre le médecin et son patient. Le thème de la confiance est récurrent dans la littérature scientifique. Cette confiance du malade envers son médecin est vue comme vitale à toute démarche thérapeutique<sup>27</sup>. Certes, une médication et un traitement adéquats aident à faire naître ce sentiment chez le patient<sup>28</sup>. Or, malgré l'évolution des thérapeutiques biologiques, les partisans d'une médecine psychosomatique privilégient *a priori* une relation basée sur l'échange et le partage comme moyen thérapeutique. La pensée du D<sup>r</sup> Bordeleau résume bien le genre de propos retrouvés dans la littérature psychiatrique de l'époque :

---

<sup>25</sup> Jean Delay, « Médecine mentale et progrès scientifique », *L'Union médicale du Canada*, tome 90, septembre 1961, p.975-976.

<sup>26</sup> Jean Roberge, «La psychiatrie», *Montréal médical*, vol. IX, no 4, 1 novembre 1957, p.6.

<sup>27</sup> Julio Vasquez, compte-rendu de l'ouvrage de J. Angel, « La thérapeutique par le sommeil », *La Revue Lyonnaise de Médecine*, vol. 1, no 297, 8 novembre 1952, dans *L'Union médicale du Canada*, tome 82, mars 1953, p.334.

<sup>28</sup> Roma Amyot, «La fatigue en neuro-psychiatrie», *L'Union médicale du Canada*, tome 84, octobre 1955, p.1162.

La relation médecin-malade doit garder toute son importance et certains problèmes humains n'auront sans doute jamais d'antidote sous forme de pilules ou de piqûres.<sup>29</sup>

Avec cette nouvelle approche, le médecin apprend à s'adresser au patient en tant qu'homme. Outre la confiance, des qualités telles la franchise et l'honnêteté sont également encouragées chez le médecin. Dans toute bonne démarche, l'attitude du médecin à l'égard de son patient est de première importance. Le médecin offre au malade ce que l'on appelle «le support émotionnel<sup>30</sup>» essentiel à la prévention du suicide<sup>31</sup>. Un médecin qui se montre indifférent à l'égard des troubles émotionnels de son patient peut contribuer à l'aggravation du problème, d'où l'importance accordée à ce sujet par la communauté médicale.

Le rôle assuré par le médecin dans la prise en charge des malades psychiatriques rend donc possible le suivi thérapeutique à l'extérieur des murs de l'hôpital. Ce contexte nouveau permet également à certains patients d'éviter l'internement. Grâce à la formation psychiatrique donnée à l'ensemble des étudiants en médecine, le médecin ou le futur psychiatre devient un membre actif dans la lutte contre les affections mentales, en empreignant la démarche thérapeutique d'un côté plus humain.

En médecine, l'attitude thérapeutique du médecin est influencée par sa personnalité, son vécu et, surtout, sa formation. Par conséquent, il semble apparaître dans la période étudiée une scission à l'intérieur même de la communauté médicale. D'un côté, on retrouve les jeunes médecins, qui bénéficient d'une formation psychiatrique axée sur les contacts personnels, directs et humains avec le patient, alors que, de l'autre côté, on retrouve les anciens médecins, qui possèdent une approche plus théorique et distante.

---

<sup>29</sup> Jean-Marc Bordeleau, « La thérapeutique en psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, tome 90, septembre 1961, p.965.

<sup>30</sup> Gilles Lortie, « La dépression », *L'Union médicale du Canada*, tome 90, septembre 1961, p.957.

<sup>31</sup> *Ibid*, p.954-957.

#### 4.1.4 La création d'une équipe professionnelle

Les conséquences de l'implication du généraliste, qui vient répondre aux besoins engendrés par la pénurie de psychiatres des années 1950, sont perçues de deux façons opposées dans le milieu psychiatrique. Certains psychiatres voient un danger dans la prise en charge de responsabilités psychiatriques par des médecins généralistes ou des psychologues, alors que la plus grande partie des psychiatres estiment au contraire que les psychiatres ne seront jamais en nombre suffisant pour répondre à la demande. Selon ces derniers, la participation des psychologues et des médecins au réseau psychiatrique permet d'améliorer la qualité du traitement et réaffirme par le fait même l'importance du psychiatre dans le milieu hospitalier. Si certains psychiatres souhaitent garder le statu quo dans le domaine de la psychiatrie, il reste qu'une majorité de ceux qui écrivent dans les revues scientifiques et les journaux se positionnent en faveur du changement.

La littérature psychiatrique des années 1950 met l'accent sur le développement d'un esprit de collaboration entre le médecin généraliste, qui apporte une oreille attentive au patient souffrant de problèmes émotionnels, et le psychiatre, de qui relève exclusivement la psychothérapie profonde. Désormais, la psychiatrie ne relève plus uniquement du psychiatre et interpelle des collaborateurs de différentes sciences. Pour la nouvelle génération de psychiatres, l'enseignement de la psychiatrie s'ouvre en intégrant des notions de d'autres disciplines, telles que la psychologie, la sociologie, l'anthropologie et le service social<sup>32</sup>. Le Dr Bordeleau résume :

L'évolution de la psychopathologie et les besoins innombrables créés par le désir de traiter le malade mental posent le problème de l'enseignement de la psychiatrie et de nombreuses sessions ont été consacrées à ce sujet. L'enseignement ne peut pas se limiter seulement aux futurs psychiatres, mais doit être généralisé et toucher aussi bien l'étudiant en médecine que le médecin praticien, les garde-malades et les infirmières, les travailleurs sociaux et les psychologues.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> Laurin, « L'enseignement de la psychologie médicale à l'Université de Montréal », p.619.

<sup>33</sup> Jean-Marc Bordeleau, « Congrès mondial de psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, tome 90, juillet 1961, p.725.

Outre le généraliste, le psychologue et le psychiatre, d'autres professionnels sont également appelés à travailler auprès des malades mentaux, comme, par exemple, les infirmières. Ainsi, on retrouve certains articles qui dressent un portrait des vertus que doit posséder l'infirmière religieuse ou laïque dans son rôle auprès des malades mentaux<sup>34</sup>. Voici le type de commentaires présentés par la Sœur St-Ferdinant, directrice de l'École des infirmières de l'Hôpital Saint-Michel-Archange :

[..] l'infirmière psychiatrique bien formée sera pour ses patients, une compagnie saine, une amie sûre, dont les actes seront des modèles et les paroles, un guide.<sup>35</sup>

C'est dans cet esprit que le milieu médical des années 1950 préconise la création d'équipes oeuvrant auprès de la clientèle psychiatrique et formées de divers spécialistes, comme des psychanalystes, des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmières psychiatriques, voire même des pharmaciens, des diététistes et des chimistes. Le psychiatre, autrefois isolé dans son hôpital, incarne le chef de cette association de spécialistes. Ce travail d'équipe vise à appliquer la nouvelle approche psychosomatique dans la démarche thérapeutique du malade :

« Developments in the psychiatric unit and in the mental hospital have emphasized the fact that psychiatric treatment is much more than what the psychiatrist does. It is more than giving drugs or using physical methods of therapy. Rather, psychiatric treatment depends on people. Psychiatric treatment is carried out by a team which includes nurses, social workers, psychologists, ward attendants, and so on. The interpersonal relationships existing between this group and the attitude which they express towards patients are extremely important therapeutically. Attention to the milieu which surrounds the patient has led to striking changes in interpersonal relationships and in attitudes towards therapy as expressed in such things as the therapeutic community, the open-door policy, etc.<sup>36</sup> »

---

<sup>34</sup> Sœur Marie-De-La-protection, « Le sens du malade pour une religieuse hospitalière », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol. 3, no 7, juillet 1957, p.17-21.

<sup>35</sup> Sœur St-Ferdinant, « L'infirmière psychiatrique », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol.1, no 6, juin 1955, p.50.

<sup>36</sup> Robert O. Jones, « The Treatment of Psychiatric Illness: Modern Trends in Medicine », *Canadian Medical Association journal*, vol. 82, no 26, 25 juin 1960, p.1301.

#### 4.1.5 Reconnaissance de l'implication de la famille

Avec le courant psychosomatique, les traitements en médecine et en psychiatrie s'intéressent désormais à des aspects auparavant négligés au sujet du malade en tant que humain : son passé, ses expériences traumatisantes, son psychisme, son contexte familial, etc. Ainsi, la communauté psychiatrique accorde une plus grande place à la famille du malade dans la démarche thérapeutique. La littérature des années 1950 reconnaît graduellement qu'un bon contact entre le patient et sa famille peut accentuer les chances de réussite d'une psychothérapie ainsi que les chances de guérison. Elle souligne également l'importance pour le spécialiste de rencontrer fréquemment la famille, de la soutenir et de la conseiller pendant le parcours thérapeutique du malade :

La famille va souvent d'une façon inconsciente jouer un rôle qui affectera le programme thérapeutique du malade. Il est alors de première importance que tout soit fait pour que la participation de la famille soit au profit et non pas au détriment du malade.<sup>37</sup>

Selon des spécialistes, les entretiens avec la famille révèlent parfois des indices qui permettent de comprendre davantage le malade et de sa situation familiale<sup>38</sup>. En effet, selon le psychiatre Dr Jean-Baptiste Boulanger<sup>39</sup>, le traitement de l'enfant doit s'accompagner de celui des parents dans une démarche appelée le « *case-work*<sup>40</sup> ». Le Dr Boulanger affirme ceci :

---

<sup>37</sup> Citation tirée du résumé français de l'article. Paul Lefebvre et al., « The Role of the Relative in a Psychotherapeutic Program : Anxiety Problems and Defensive Reactions Encountered », *Canadian Medical Association journal*, vol. 3, no 3, juillet 1958, p.117-118.

<sup>38</sup> *Ibid*, p.117.

<sup>39</sup> Dr. Jean-Baptiste Boulanger. Psychiatre, neurologue et psychanalyste. Enseignant à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Expert-conseil en psychiatrie des enfants à l'Hôpital Sainte-Justine. Membre de l'Institut canadien de psychanalyse. Expert-conseil en psychiatrie médico-légale à l'Institut Philippe Pinel. Professeur à l'Université de Montréal.

<sup>40</sup> Expression utilisée par l'auteur. J.-B. Boulanger, « Approches psychanalytiques », *Canadian Psychiatric Association journal*, vol. 4, no 3, juillet 1959, p.174.

Une véritable psychothérapie des parents est la seule qui se traduise par une nouvelle compréhension de l'enfant, par des attitudes moins pathogènes et plus hygiéniques, par une modification de la structure névrotique de la famille.<sup>41</sup>

Le choix du type de psychothérapie doit donc se faire en fonction du portrait psychologique du malade. Le D<sup>r</sup> Gérard Beaudoin de l'Hôpital général de Verdun croit qu'une entrevue avec la famille peut permettre au médecin de mieux connaître son patient. Toutefois, le médecin se doit de garder une certaine distance avec l'entourage du malade afin de bien évaluer la situation et de conserver un sens critique sur les renseignements recueillis<sup>42</sup>.

La communauté psychiatrique soutient de plus en plus l'idée selon laquelle l'enfant déficient d'âge préscolaire a besoin de la sécurité et de l'amour de sa famille<sup>43</sup>. Différentes associations canadiennes, dont le *Committee on the Mentally Subnormal Child*, se déclarent en faveur de la garde en milieu familial d'un enfant souffrant d'un handicap mental<sup>44</sup>. Toutefois, on recommande une évaluation complète de la santé mentale de la famille et des conditions du milieu de vie afin de déterminer le meilleur choix pour l'enfant. À l'aide de services destinés à les soutenir, on estime qu'une majorité des parents devraient pouvoir relever le défi :

«The development of these facilities in the community means that long-term hospital care should be advised only when such care best meets the needs of the child and the family situation. The trend today is against hospital care of the young child because no hospital can adequately replace the individual love, attention, and stimulation offered a child in a good home. Since the child's future development depends to a great extent on the early mother-child relationships, hospitalization of the young child is discouraged.<sup>45</sup>»

---

<sup>41</sup> *Ibid.*

<sup>42</sup> Beaudoin, « Le follow-up des malades psychiatriques après l'hospitalisation », p.968.

<sup>43</sup> « Mental Retardation », *Canadian Medical Association journal*, vol.74, no 5, 1 mars 1956, p.394.

<sup>44</sup> H.O., « Child of the Devil : Enfant du Bon Dieu », *Canadian Medical Association journal*, vol.75, no 4, août 1956, p.312-313.



Lors d'un séminaire donné au département de psychiatrie de l'Université de Toronto, des psychiatres canadiens arrivent à des conclusions similaires. Selon eux, la prise en charge du malade par sa famille apparaît également comme une solution économique pour la communauté, et ce, même si l'on doit dispenser des services pour les familles en besoin. La cellule familiale permet à l'enfant de recevoir une attention particulière qui ne peut être égalée dans un milieu institutionnel. Lorsque l'enfant vieillit, il est possible d'observer les bienfaits de la vie en milieu familial dans son développement intellectuel et émotionnel<sup>46</sup>. C'est dans cette optique que sont mis sur pied dans plusieurs villes des programmes destinés aux parents qui assument la garde à la maison d'un enfant souffrant d'une maladie mentale. Aussi, des regroupements de parents offrent également un soutien aux familles qui veulent partager les difficultés liées à leur vécu similaire<sup>47</sup>.

Outre l'enfant, on assiste également à une nouvelle prise de conscience qui favorise le retour à la maison d'un membre de la famille. Un milieu de vie plus réceptif envers le malade apparaît comme le meilleur moyen pour accélérer sa réintégration sociale<sup>48</sup>.

Or, malgré une tendance dominante qui favorise la garde en milieu familial, certains psychiatres continuent de craindre les répercussions négatives qu'elle peut avoir sur l'enfant, qui risque d'être stigmatisé et, pire encore, rejeté par ses pairs. Spécialiste en pédiatrie, le D<sup>r</sup> Dunn décrit bien la situation au D<sup>r</sup> Vézina, chef de la Division de la santé mentale au Ministère de la Santé du Québec :

«As you know, many authorities advise that such children, even if diagnosed at birth, should be kept at home as long as possible. This certainly is the most economical method from the point of view of the community and will presumably give better opportunities of

---

<sup>45</sup> D.E. Zarfes, «Mental Retardation Today», *Canadian Medical Association journal*, vol. 87, no 9, 1 septembre 1962, p.485.

<sup>46</sup> P.G. Thomson, « The subnormal child », *Canadian Medical Association journal*, vol. 76, no 6, 15 mars 1957, p.508-509.

<sup>47</sup> Zarfes, «Mental Retardation Today», p.480.

<sup>48</sup> Alcide Pilon, « Les tranquillisants ou ataraxiques ou neuroplégiques », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, août 1957, p.849.

educational and emotional development to the child than institutional care. On the other hand, many doctors appear to feel that infants suffering from Mongolism if diagnosed at or soon after birth should be removed from their mother and family at the earliest possible opportunity and given some form of institutional or hostel care. The argument then appears to be that these children, if left at home, will be exposed to ridicule from siblings and other children, that they will take time and affection from their parents which had better be given to normal siblings, and that the mothers are liable to form bond of affection to them which may later be difficult and painful to break.<sup>49</sup> »

La qualité de vie du malade qui grandit dans sa communauté repose sur l'acceptation sociale de ce dernier. Par conséquent, la réinsertion sociale du patient représente un risque. Or, plusieurs psychiatres voudront tenter l'expérience afin de contrer à tout prix les effets pervers de plus en plus décriés au sujet de l'institution.

#### 4.1.6 Les méfaits de l'institutionnalisation

Le traitement institutionnel traditionnel a pour résultat l'apathie et le retrait du patient et comme corollaire l'apathie et le retrait du personnel.<sup>50</sup>

Cette citation de 1952 du pédiatre et psychanalyste anglais John Bowlby témoigne des débuts d'un courant contestataire au sujet de l'asile. Au cours de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle émerge un mouvement à l'origine d'une remise en question de l'institutionnalisation en psychiatrie<sup>51</sup>. D'après le regard historique des psychiatres britanniques D<sup>r</sup> Claire Henderson et D<sup>r</sup> Graham Thornicroft, l'intérêt suscité tant chez les intellectuels que dans l'opinion

---

<sup>49</sup> Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-484/ 201, Lettre du H.G. Dunn au Dr. L.R. Vezina, chef du Mental Health Division, 3 novembre 1955.

<sup>50</sup> John Bowlby, *Maternal Care and Mental Health*, 1952, cité dans G. Paul-Hus, «Thérapeutique collective des malades chroniques», *Canadian Psychiatric Association Journal*, vol. 4, no 1, janvier 1959, p.17.

<sup>51</sup> L'histoire de la critique de l'institutionnalisation remonte de fait au XIX<sup>e</sup> siècle, mais elle s'adressait avant tout à la clientèle enfantine. Voir par exemple Jean-Marie Fecteau, «L'enfance en difficulté aux XIX<sup>e</sup> siècle et dans les premières années du XX<sup>e</sup> siècle: les implications d'un regard sur les cas-limite», *Le temps de l'Histoire*, no 5, septembre 2003, p. 237-250.

publique au sujet de l'institution résulte d'une certaine évolution sur le plan sociologique après la Deuxième Guerre mondiale<sup>52</sup>.

En 1948, la sortie en salle aux États-Unis du film *The Snake Pit*, traduit en français sous le titre *La Fosse aux serpents*, provoque un grand remous au sein de la population. Basé sur des recherches concrètes et inspiré du livre autobiographique de Mary Jane Ward, le long métrage du réalisateur Anatole Litvak dépeint le séjour d'une patiente américaine en institution psychiatrique. Souffrant de schizophrénie, une jeune femme, incarnée par l'actrice Olivia de Havilland, en vient à perdre la mémoire au point où elle ne reconnaît même plus son propre mari. À l'aide de son psychanalyste, le docteur Kik, elle entreprend une thérapie afin de retrouver ses souvenirs. Le film en noir et blanc de 108 minutes présente un portrait scandaleux des conditions de vie dégradantes des malades vivant dans des établissements psychiatriques. Ce film audacieux, qui traite du sujet encore tabou de la folie, fait sensation et reçoit plusieurs nominations aux Oscars.

Ce projet cinématographique s'inscrit dans un mouvement contestataire beaucoup plus large mené par une jeunesse éclairée et unie au point de vue idéologique. Cette jeunesse rejette la définition de la notion de marginalité inculquée par l'État capitaliste bourgeois et les valeurs préconisées par cette même société. En psychiatrie, ce mouvement vise à dénormaliser le concept de la maladie mentale. Au sein du milieu intellectuel, ce courant critique en psychiatrie s'ouvre sur la publication d'études-chocs, comme celle de Stanton et Schwartz en 1954, celle de Belknap en 1956, celle de Barton en 1959 et surtout celle de Goffman en 1961, qui présentent l'asile comme une institution déshumanisante et autoritaire.

Dans *Institutional Neurosis*, le psychiatre anglais D<sup>r</sup> Russel Barton a construit ses travaux sur la notion de *névrose institutionnelle*, qu'il définit comme une pathologie apparaissant après plusieurs années d'institutionnalisation. La symptomatologie de cette maladie se distingue totalement des troubles mentaux initiaux du patient. Résultant d'un séjour prolongé à l'asile, cette névrose possède des caractéristiques s'apparentant à la schizophrénie. Les

---

<sup>52</sup> Claire Henderson et Graham Thornicroft, «Le statut de la désinstitutionnalisation en Grande-Bretagne», *Santé mentale au Québec*, vol. 22, no 2, 1997, p.89.

facteurs en cause sont les suivants : coupure avec la vie en société et l'entourage, passivité obligée, rigidité du personnel de l'hôpital, conditions de vie sujettes à la domination et prise abusive de médicaments<sup>53</sup>. Selon le D<sup>r</sup> Barton, l'individu développe certains comportements qui lui permettent de s'adapter à l'institutionnalisation. Dans un tel contexte, les chances de réinsertion sociale deviennent presque nulles<sup>54</sup>.

Le sociologue américain Erving Goffman, dans *Asylums* (1961), dépeint l'asile et les institutions psychiatriques comme un modèle d'institutions totalitaires au même titre que les foyers pour vieillards, les couvents, les prisons et les camps de concentration. L'auteur divise ces institutions totalitaires en cinq groupes qui partagent des caractéristiques communes, mais à des degrés différents. Les individus, placés dans ces lieux de résidence ou de travail, sont coupés du monde extérieur et vivent dans des conditions explicitement réglées. Pour Goffman, les comportements développés par les patients d'institutions psychiatriques sont un moyen d'adaptation à des conditions difficiles de vie : isolement, renoncement à la possession de biens, dépersonnalisation, déficit d'autonomie, repli sur soi-même, etc. De telles réactions s'apparentent à celles retrouvées parfois chez les prisonniers, les soldats, les religieuses et les moines, ou chez tout individu résidant au sein d'institutions autoritaires<sup>55</sup>.

Dans la littérature médicale des années 1950, plusieurs auteurs relèvent les nombreux méfaits du milieu institutionnel. La surpopulation des hôpitaux, les mauvaises conditions de vie, la pénurie de personnel, le manque d'équipement adéquat et l'inertie du système sont des thèmes récurrents<sup>56</sup>.

---

<sup>53</sup> Russell Barton, *La névrose institutionnelle*, Paris, Éditions du Scarabée, 1969, p.16.

<sup>54</sup> *Ibid*, p.5-10.

<sup>55</sup> Erving Goffman, *Asiles*, Paris, Éditions de Minuit, 1968, p.41-119.

<sup>56</sup> Humphry Osmond, « The Changing Mental Hospital », *Canadian Medical Association journal*, vol. 73, no 12, 15 décembre 1955, p.975.

Dans une étude qui précède d'une année le livre phare de Goffman, le médecin d'origine suisse Henri F. Ellenberger<sup>57</sup> affirmait que plusieurs types de communautés peuvent servir de point de comparaison à l'hôpital psychiatrique, comme, par exemple, les monastères, les couvents, les prisons, les camps militaires, les sanatoriums ainsi que les orphelinats<sup>58</sup>. En effet, les troubles psychologiques liés à des années passées dans une institution psychiatrique sont difficiles à isoler des manifestations pathologiques de la maladie. Par conséquent, l'étude comparative permet de faire ressortir les effets négatifs d'un milieu fermé sur le psychique. Le Dr Ellenberger croit que l'analyse du comportement des animaux gardés en captivité dans les jardins zoologiques permet de déceler des similitudes avec les patients internés. Ce genre d'analyse doit toutefois tenir compte des critères qui différencient l'homme de l'animal. Les scientifiques souhaitent également arriver à déceler les motivations inconscientes des visiteurs du zoo, ce qui servirait à expliquer les différents regards posés par la société sur les malades mentaux, regard empreints de sympathie, de rejet ou d'indifférence<sup>59</sup>.

Il convient aussi de souligner à nouveau l'apport de Foucault dans le mouvement de remise en question de l'appareil asilaire en Occident. En tant que psychologue, Foucault a lui-même travaillé dans les hôpitaux psychiatriques français au cours des années 1950. Grandement médiatisée, la publication de sa thèse philosophique *Histoire de la folie à l'âge classique*<sup>60</sup> ouvre la voie aux mouvements antipsychiatrique et anti-institutionnel. Selon Cellard, l'œuvre de Foucault constitue un icône dans l'historiographie de la folie. Elle représente en effet une sorte d'emblème pour les intellectuels et les philosophes qui

---

<sup>57</sup> Dr. Henri F. Ellenberger (1905-1993). Psychiatre d'origine suisse. Auteur d'une centaine de publications sur l'histoire de la médecine, de la psychiatrie, de la psychothérapie et de la criminologie. Arrivé au Canada en 1959, il débute des recherches au *Allan Memorial Institute*. Professeur au département de Criminologie de l'Université de Montréal à partir de 1962.

<sup>58</sup> Notons ici qu'il se pourrait même qu'Ellenberger ait prit connaissance de la première version du chapitre 1 « On the Characteristics of Total Institutions » de Goffman publié au *Symposium on Preventive and Social Psychiatry à Washington* (15 au 17 avril 1957), p.43-84.

<sup>59</sup> H.F. Ellenberger, « Zoological Garden and Mental Hospital », *Canadian Psychiatric Association journal*, vol. 5, no 3, juillet 1960, p.136-149.

<sup>60</sup> Michel Foucault, *Folie et déraison*, Paris, Union générale d'éditions, 1961, 308 p.

militeront dans le mouvement critique à l'égard de l'institutionnalisation des décennies 1960 et 1970 <sup>61</sup> :

C'est à cette époque que Michel Foucault devint l'une des têtes d'affiche de ce mouvement antipsychiatrique par la publication de sa célèbre synthèse historique qui donna toute sa profondeur à ce courant de pensée <sup>62</sup>.

Dans ce contexte de polémique secouant le monde asilaire, le milieu psychiatrique canadien ne reste pas sourd au mouvement international de remise en question des méthodes totalitaires. Beaudet nous rappelle que le courant critique trouve d'abord écho au sein des milieux anglo-protestants du Québec <sup>63</sup>. Du côté francophone, l'émergence de cette remise en question se manifeste par un débat virulent entre les partisans de l'institutionnalisation et la génération naissante de jeunes psychiatres dans les années 1950, débat dont il sera question dans le chapitre 5.

#### 4.2 Origines d'une nouvelle approche : la psychiatrie communautaire et l'*open-door*

La conjoncture des années d'après-guerre donne l'impulsion à une grande transformation du système de soins en santé mentale. En effet, au cours de la décennie 1950, la psychiatrie sort de l'enceinte de l'hôpital psychiatrique afin de s'ouvrir graduellement sur la société par le biais de services de neuropsychiatrie et de cliniques externes dans les hôpitaux généraux ainsi que par la création d'institutions spécialisées. Sont ainsi graduellement posées les bases d'une nouvelle approche dans la prise en charge des malades psychiatriques, approche qui favorise un retour du malade au sein de la communauté.

---

<sup>61</sup> André Cellard, *Histoire de la folie au Québec*, Montréal, Boréal, 1991, p.214.

<sup>62</sup> *Ibid.*

<sup>63</sup> Céline Beaudet, *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec*, Québec, Institut supérieur des sciences humaines, Université Laval, 1976, p.41.

#### 4.2.1 La psychiatrie dans les hôpitaux généraux

La psychiatrie est reconnue comme une spécialité médicale et il est logique que sa pratique s'exerce en contact intime avec la médecine<sup>64</sup>.

L'une des transformations les plus marquantes dans le domaine de la psychiatrie concerne la création d'unités de psychiatrie au sein d'hôpitaux généraux. En Amérique du Nord, l'intégration des malades mentaux au sein des hôpitaux généraux s'est d'abord faite aux États-Unis. Dès 1933, la Fondation Rockefeller entreprend d'introduire des départements spécialisés en psychiatrie dans quelques hôpitaux généraux affiliés à des universités<sup>65</sup>. Au Canada, la création de services de neuropsychiatrie rattachés aux hôpitaux généraux est une conséquence directe des actions du gouvernement fédéral en hygiène mentale<sup>66</sup>. Dans la littérature médicale des années 1950, cette étape apparaît comme un pas majeur dans l'acceptation de la psychiatrie comme véritable discipline de la médecine. Le D<sup>r</sup> Lucien Larue, surintendant médical de Saint-Michel-Archange, résume la situation comme suit :

La médecine psychiatrique a subi une évolution considérable depuis une vingtaine d'années ; des acquisitions nouvelles ont modifié totalement le pronostic et la durée d'évolution de plusieurs de ces maladies. Quelques-unes, traitées au début, peuvent guérir sans qu'il devienne nécessaire d'hospitaliser certains malades dans les grands centres psychiatriques. C'est pour ces raisons qu'ont été fondées les Cliniques neuro-psychiatriques dans les hôpitaux généraux.<sup>67</sup>

Avant l'admission de la psychiatrie au sein des hôpitaux généraux, il n'existait comme substitut à l'internement asilaire au Québec que les hôpitaux psychiatriques dits ouverts, tels

---

<sup>64</sup> Yves Rouleau, « Considérations sur la psychiatrie dans l'hôpital général », *Laval Médical*, vol. 31, no 1, janvier 1961, p.60.

<sup>65</sup> Hubert A. Wallot, « Évolution des services psychiatriques au Québec », dans *Psychiatrie Clinique*, sous la dir. de Pierre Lalonde, Grunberg, Frédéric, Aubut, Jocelyn, Boucherville, Gaëtan Morin, 2001, p.1915.

<sup>66</sup> Jean Saucier, « Le service de neuropsychiatrie d'un hôpital général », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol. 1, no 4, avril 1955, p.25.

<sup>67</sup> Lucien Larue, « Chronique neuro-psychiatrique », *Laval médical*, vol.15, no 1, janvier 1950, p.69.

que la Clinique Roy-Rousseau, le Sanatorium Prévost qui devient l'Institut Albert-Prévost et le *Allan Memorial Institute*. Selon Boudreau, la Clinique Roy-Rousseau n'a rien d'un établissement de soins de courte durée et reçoit cette appellation seulement parce que l'institution n'accueille aucun malade relevant de la Loi de la curatelle publique<sup>68</sup>. Or, il est important de prendre note que ces instituts sont des entités indépendantes. Ils se distinguent donc des départements de psychiatrie qui seront créés à l'intérieur même des murs des hôpitaux généraux. En effet, jusqu'alors, les institutions hospitalières préfèrent ne pas accueillir les malades psychiatriques de même que les alcooliques.

Avec les avancées dans le domaine des thérapeutiques, la présence de malades psychiatriques au sein des hôpitaux généraux ne présente plus les mêmes risques qu'autrefois<sup>69</sup>. Cette entrée de la psychiatrie dans les hôpitaux généraux prend une ampleur considérable en Amérique. Au début des années 1960, les 239 hôpitaux généraux des États-Unis disposent de 23 000 des 163 000 lits disponibles pour les cas psychiatriques<sup>70</sup>. En ouvrant leurs portes à d'autres malades, les hôpitaux généraux devront toutefois composer avec une demande d'hospitalisation à la hausse. Cette situation offre alors la possibilité d'effectuer une sélection des patients que l'administration souhaite ou non recevoir.

Au Canada, une recherche effectuée par le psychiatre D<sup>r</sup> C.A. Roberts démontre que sur 197 hôpitaux qui comptent 100 lits et plus, 130 possèdent des « facilités psychiatriques »<sup>71</sup>. Si, au début des années 1930, il n'existe aucun service de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, on en dénombre déjà 30 en 1957. Le D<sup>r</sup> Lucien Larue<sup>72</sup> résume l'importance de l'intégration de la psychiatrie au sein des hôpitaux généraux du Québec comme suit :

---

<sup>68</sup> Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, p.58.

<sup>69</sup> C.-A. Gauthier, Maurice Coulombe, René Pion et Jacques Turmel, « Un aspect du traitement psychiatrique en hôpital général : L'électroplexie », *Laval médical*, vol. 22, no 5, mai 1957, p.603.

<sup>70</sup> Rouleau, « Considérations sur la psychiatrie dans l'hôpital général », p.62.

<sup>71</sup> *Ibid.*

<sup>72</sup> Dr. Lucien Larue. Psychiatre depuis 1924 à l'Hôpital Saint-Michel-Archange où il devient surintendant médical.



La médecine psychiatrique a donc agrandi son champ d'action et, ainsi, par l'intermédiaire de l'hôpital ouvert et des cliniques des grands hôpitaux, elle a contribué à guérir les malades au début, leur évitant l'internement que l'on considère comme une véritable tragédie. Les malades traités dans les Cliniques neuro-psychiatriques des hôpitaux généraux se chiffraient par 18 887 au 31 décembre 1956, et les consultations, à 67 828, ce qui constitue un aperçu éloquent des grandes activités de la médecine psychiatrique dans les hôpitaux généraux.<sup>73</sup>

L'intégration de la psychiatrie dans les hôpitaux généraux semble faire l'unanimité au sein de la communauté médicale, qui y voit une nécessité. En effet, s'il y a polémique, celle-ci tourne plutôt autour de la formule à adopter dans la réalisation de ce projet. Dans les années 1950, la formule qui se généralise le plus au sein des hôpitaux canadiens réside dans la création d'un service de psychiatrie séparé. Si l'*unité séparée* rend plus facile la surveillance des malades, certains auteurs reprochent toutefois le fait que la psychiatrie soit encore une fois mise à l'écart des autres disciplines médicales<sup>74</sup> :

La ségrégation des malades y est inévitable, et surtout cette section est dénommée comme le « coin des fous », « des cinglés », « l'aile des mentaux ». Et ceci, souvent, par des membres du personnel, par les autres malades de l'hôpital et, par ricochet, par les parents et amis.<sup>75</sup>

Dans un travail présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec en 1956, les D<sup>rs</sup> C.-A. Gauthier et Maurice Coulombe estiment que seuls les cas aigus parmi les malades psychiatriques devraient être gardés dans l'unité psychiatrique. En plus de pallier la stigmatisation, la dispersion des malades psychiatriques au sein de l'hôpital permet à ces derniers d'entrer en relation avec les autres malades. Toutefois, certains traitements tels que les électrochocs doivent être administrés à l'écart des autres malades afin de préserver l'intégrité des patients<sup>76</sup>.

---

<sup>73</sup> Lucien Larue, « L'institution d'un département de psychiatrie », *Laval médical*, vol. 23, no 1, septembre 1957, p.355.

<sup>74</sup> Rouleau, « Considérations sur la psychiatrie dans l'hôpital général », p.64.

<sup>75</sup> *Ibid.*

<sup>76</sup> Gauthier, Coulombe, Pion et Turmel, « Un aspect du traitement psychiatrique en hôpital général : L'électroplexie », p.609.

La seconde formule, employée par les hôpitaux généraux de la ville de Québec, consiste à disperser les malades psychiatriques parmi les autres patients de l'hôpital. Le *service ouvert* permettait alors de contrer non seulement l'isolement des malades mentaux, mais également celui des psychiatres :

A leur sortie de l'hôpital, les malades n'ont pas à affronter le refus de l'employeur ni à voir leur chance d'avancement ou de promotion compromise, sort qui attend souvent le malade qui quitte l'hôpital mental et même l'unité psychiatrique. Même en ce siècle où, théoriquement, on professe la plus grande tolérance vis-à-vis du malade psychiatrique, la pratique nous enseigne tous les jours que les faits sont parfois bien différents.<sup>77</sup>

Malgré les grands pas faits dans l'acceptation de la psychiatrie dans les hôpitaux généraux, le nombre de lits destinés aux malades mentaux ne semble pas suffisant pour répondre à l'ensemble des cas de malades psychiatriques. De plus, Coulombe et Gauthier nous rappellent que l'intégration des malades mentaux à l'hôpital général s'est faite bien avant celle du «psychiatre que l'on pourrait même accuser d'arriver avec un certain retard au rendez-vous<sup>78</sup>». Ainsi, les psychiatres continuent d'être en nombre inférieur comparativement à leurs collègues de d'autres spécialités médicales. De plus, certains préjugés persistent dans la communauté médicale au sujet de la maladie mentale:

L'objection suivante est parfois formulée par certains médecins : le patient psychiatrique immobilise un lit durant trop longtemps et ainsi ralentit le roulement de l'hôpital. Cette idée vient probablement du fait que des médecins assimilent tous les patients psychiatriques aux grands malades internés.<sup>79</sup>

Il reste que l'intégration de la psychiatrie au sein des hôpitaux généraux vient promouvoir la collaboration étroite entre les psychiatres et les médecins de diverses spécialités. Les services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux permettent également à certains malades, qui, autrefois, auraient été condamnés aux institutions psychiatriques fermées, d'échapper à

---

<sup>77</sup> Rouleau, « Considérations sur la psychiatrie dans l'hôpital général », p.66.

<sup>78</sup> C.-A. Gauthier et M. Coulombe, « La psychiatrie dans l'hôpital général », *L'Union médicale du Canada*, tome 87, janvier 1958, p.13

<sup>79</sup> Rouleau, « Considérations sur la psychiatrie dans l'hôpital général », p.70-72.

l'internement asilaire. Toutefois, cette nouvelle formule ne s'applique pas aux cas les plus lourds :

Une telle organisation ne s'adresse pas à toute la population psychiatrique sans distinction. Elle ne s'adresse pas aux états délirants ou démentiels chroniques, déjà classés, ni aux grands arriérés, ni à ceux dont le comportement est incompatible avec l'atmosphère de calme et de liberté d'un milieu ouvert ; bref, il ne s'agit pas de remplacer l'hôpital psychiatrique.<sup>80</sup>

Beaudet affirme que la création de cliniques psychiatriques externes au sein des hôpitaux généraux va jouer un rôle majeur dans l'évolution de la perception sociale de la maladie mentale. En intégrant l'hôpital général, la psychiatrie devient un service comme les autres. Ainsi, ses malades, autrefois identifiés aux fous, disposent désormais d'un statut de patient. Plusieurs malades présentant des troubles moins prononcés, qui, devant la peur d'être étiquetés, refusaient d'aller à l'hôpital psychiatrique, peuvent aller se faire traiter à l'hôpital général<sup>81</sup>. Par conséquent, les services psychiatriques s'adressent à une clientèle qui s'élargit de plus en plus.

La présence d'unités de psychiatrie dans les hôpitaux généraux complique toutefois davantage la gestion interne des établissements et poussent ceux-ci à offrir de nouveaux services. La création de la clinique externe vient en quelque sorte prolonger le rôle déjà assumé par l'hôpital dans le traitement des malades psychiatriques.

Depuis 1930, il existe déjà en U.R.S.S. des centres externes destinés aux malades psychiatriques. En 1945, le *Allan Memorial Institute* de Montréal devient un pionnier dans le monde anglophone avec la création du premier *Day Hospital*<sup>82</sup>. Affilié au *Royal Victoria Hospital*, ce nouveau service assure le suivi des patients psychiatriques sortis de l'hôpital et reçoit des cas ne nécessitant pas l'hospitalisation.

---

<sup>80</sup> Saucier, « Le service de neuropsychiatrie d'un hôpital général », p.25-26.

<sup>81</sup> Beaudet, *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec*, p.65.

<sup>82</sup> A.L. Jones et M.E. Miller, « Day Centre in Toronto for Psychiatric Patients », *Canadian Medical Association journal*, vol. 83, no 16, 15 octobre 1960, p.846.

À la suite de la création de ce premier *Day Hospital*, les *outpatient clinics* connaissent une expansion rapide dans les pays anglophones. Avec la popularité fulgurante qu'elles acquièrent, les cliniques externes doivent bientôt étendre leurs services. Leur façon de fonctionner permet au malade de recevoir des soins de jour, puis de retourner chez lui le soir. Le patient n'est pas totalement coupé du monde et peut rester dans son milieu de vie. Le traitement en clinique externe de jour amoindrit donc la stigmatisation dont sont victimes les patients qui résident en institution<sup>83</sup>. Aussi, les coûts élevés d'hospitalisation sont évités pour la famille. Toutefois, une permission de sortir de l'hôpital doit toujours être précédée d'un examen minutieux du comportement du patient<sup>84</sup>. Du point de vue de la gestion interne, la clinique externe nécessite moins de personnel et permet de traiter deux fois plus de patients dans un même espace :

Il est facile d'imaginer que de tels procédés pourraient être utilisés davantage et cela pour d'autres types de malades. On aura ainsi fait un pas important vers la solution du coût de la maladie.<sup>85</sup>

Le progrès accompli dans le développement de soins psychiatriques au sein des hôpitaux généraux semble manifestement loin d'être achevé à la fin des années 1950 alors que seul le *Allan Memorial Institute* offre un service de cliniques externes au Québec. L'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu et l'Hôpital Saint-Michel-Archange ne possèdent donc ni clinique externe, ni centre de jour pour assurer le suivi de leurs patients à la sortie de l'hôpital.

#### 4.2.2 La déficience mentale et les institutions spécialisées

Parmi les formes de maladies mentales, la déficience occupe une place importante dans les recherches psychiatriques internationales de l'époque couverte par ce mémoire. En effet, ce sujet retient l'intérêt des familles, des travailleurs sociaux, des psychiatres et des

---

<sup>83</sup> *Ibid.*

<sup>84</sup> Larue, « L'institution d'un département de psychiatrie », p.355.

<sup>85</sup> « Hospitalisation : Demi-hospitalité », *Vrai*, vol. 3, no 3, 15 septembre 1956, p.9.

psychologues et des milieux scolaires et gouvernementaux<sup>86</sup>. Graduellement, on arrive au constat que les enfants déficients, selon leur niveau de quotient intellectuel, ne sont pas tous des sujets à l'institutionnalisation. Ce regard optimiste sur la déficience mentale s'inscrit dans une pensée qui se résume en deux points:

- « 1. Every child has the right to expect the greatest possible protection against the occurrence of preventable handicaps before, during and after birth.
- 2. Every child has the right to develop his potentialities to the maximum. He should be fully able to satisfy the needs of his own personality and become an independent and useful member of society.<sup>87</sup> »

Aux États-Unis, l'œuvre de l'Association américaine de la déficience mentale témoigne de la présence d'une volonté de réinsertion des enfants déficients dans la communauté. L'organisme milite en faveur de la sensibilisation du public à la déficience intellectuelle et à l'importance des services d'aide pour les familles. Il favorise la formule des *ateliers protégés*, ou, en anglais, *sheltered workshops*, grâce auxquels les jeunes déficients se familiarisent avec l'apprentissage d'un métier. Ces ateliers permettent aux personnes handicapées mentalement qui ne pourraient pas occuper un véritable emploi d'effectuer un travail en retour d'un salaire<sup>88</sup>. Toujours aux États-Unis, le *Department of Mental Hygiene* annonce dans les années 1950 la mise en place d'un programme visant à intégrer des services pour enfants déficients dans le milieu scolaire. Pour les jeunes adultes, le gouvernement envisage de créer des résidences dans le but de préparer l'individu déficient à une réintégration sociale ou à quitter le domicile familial<sup>89</sup>.

---

<sup>86</sup> Jules Lambert et Henri Racine, « Considérations sur le placement en emploi des déficients mentaux », *Laval médical*, vol.27, no 2, février 1959, p.209.

<sup>87</sup> P.G. Thomson, « The Subnormal child », *Canadian Medical Association journal*, vol. 76, no 6, 15 mars 1957, p.506.

<sup>88</sup> Lambert et Racine, « Considérations sur le placement en emploi des déficients mentaux », p.225-226.

<sup>89</sup> Robert Gibson, « An Encouraging Report », *Canadian Medical Association journal*, vol. 79, no 8, 15 octobre 1958, p.672-673.

Au Québec, le problème de la déficience mentale prend des proportions considérables. En 1958, on évalue à près de 35 000 le nombre d'enfants déficients pouvant espérer recevoir un certain niveau d'instruction. Les *éducables*, comme on les appelle, représentent 7% de l'ensemble des jeunes d'âge scolaire<sup>90</sup>. Or, si l'insertion sociale de ces enfants apparaît comme une solution à l'encombrement des hôpitaux psychiatriques, elle nécessite la mise en place de certains services spécialisés. Le D<sup>r</sup> Jules Lambert et le travailleur social Henri Racine font le point dans l'article « Considérations sur le placement en emploi des déficients mentaux » sur un projet mis sur pied au Mont-Saint-Aubert. Ce programme vise la création de classes d'enseignement spéciales adaptées aux limites de l'enfant déficient. Si ce type d'enseignement ne peut remédier à la déficience même, il offre à l'enfant des outils essentiels permettant à plusieurs d'intégrer activement la société. Selon les auteurs, les résultats encourageants des placements en emploi démontrent que plusieurs enfants déficients peuvent réussir à vivre dans la société en tant que membres actifs. Ces emplois doivent toutefois respecter les limites imposées par la déficience. Un suivi assuré par l'institution s'avère également nécessaire<sup>91</sup> :

Ceux que nous avons réhabilités auraient été confinés toute leur vie dans des hospices et des institutions, à la charge de l'assistance publique. Au lieu d'être abandonnés à leur sort et, peut-être, de sombrer dans la délinquance, ils ont appris à porter des responsabilités et à vivre plus heureux.<sup>92</sup>

Faute de ressources financières et humaines, il n'existe pas suffisamment d'institutions spécialisées pour les enfants déficients dans les années 1950. Néanmoins, la propagation de ces idées ouvre la voie à de nouvelles réflexions. Spécialiste en psychiatrie infantile, le D<sup>r</sup> Jean Delâge se positionne en faveur de la création, à l'intérieur même des écoles, de classes

---

<sup>90</sup> Lambert et Racine, « Considérations sur le placement en emploi des déficients mentaux », p.208-227.

<sup>91</sup> *Ibid.*

<sup>92</sup> *Ibid.*

particulières adaptées aux enfants « d'intelligence-limite<sup>93</sup> » ayant un léger retard d'apprentissage. Selon lui, il faudrait, pour permettre une telle réalisation, abolir certains préjugés qui persistent au sujet des enfants déficients<sup>94</sup> :

On nous dit souvent par exemple qu'il est inutile d'engager autant de capitaux et de spécialistes pour obtenir des résultats très aléatoires, ces enfants devenant tôt ou tard un fardeau pour la société.<sup>95</sup>

En 1961, dans un texte portant sur la question de la déficience mentale au Québec, un directeur des services de l'enseignement, dont le nom n'est pas donné, rejoint les propos tenus par le D<sup>r</sup> Delâge sept ans auparavant :

Il est bien évident que TOUS les déficients mentaux éducatibles ne peuvent être groupés en institution : la majorité de ceux qui sont d'âge scolaire devrait trouver dans le milieu paroissial les classes appropriées et surtout le personnel qualifié pour dispenser, sous l'autorité des commissions scolaires, l'enseignement spécialisé que requiert leur condition intellectuelle. D'autre part, il existe un certain nombre d'institutions qui ont adopté la formule de l'internat et qui sont censés ne grouper que ces déficients mentaux qui ont absolument besoin de l'institution pour accomplir leur formation.<sup>96</sup>

En Ontario, des associations de parents et le *Provincial Department of Education* unissent leurs efforts dans la création des *Retarded Schools*. Ces écoles spécialisées ont pour objectif de contrer le rejet des enfants déficients dans le système éducationnel. Ce type d'institution répond à une telle demande qu'en 1962, on dénombre déjà 70 écoles pour enfants retardés dans la province. Le *Canadian Association for Retarded Children* voit dans

---

<sup>93</sup> Terme employé par l'auteur pour désigner les enfants possédant un Q.I. de 80 à 90. Jean Delâge, « Le problème de la déficience mentale chez l'enfant dans la province de Québec », *Laval médical*, vol.19, no 5, mai 1954, p.620.

<sup>94</sup> *Ibid*, p.620-623.

<sup>95</sup> *Ibid*, p.623.

<sup>96</sup> Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-580/ 33, Directeur des services de l'enseignement, Le problème de la déficience mentale dans la province de Québec, 9 janvier 1961, p.2.

les *workshops* un modèle de services spécialisés qui pourrait être utilisé pour d'autres types d'handicaps<sup>97</sup>.

Plusieurs expériences à l'étranger présentent également des résultats très encourageants en ce qui a trait à l'intégration sociale des enfants possédant un handicap mental. Grâce aux moyens entrepris en 1909 en Suède, on estime en 1954 que plus de 60% des enfants déficients suédois vivent sans aide gouvernementale et à moins de 10% ceux qui demandent une prime d'invalidité. L'État américain du Connecticut, où a été mis de l'avant un programme similaire, connaît des conclusions semblables<sup>98</sup>.

La littérature psychiatrique des années 1950 affirme qu'entre 80% et 90% des personnes retardées pourraient vivre dans la société. Pour atteindre cet objectif, des services appropriés doivent toutefois être dispensés dans la communauté pour venir en aide à l'enfant mais également pour assurer un support aux parents. Les médecins doivent être à l'affût des services offerts dans la communauté pour cette clientèle particulière et afin de favoriser une nouvelle vision de prise en charge des retardés qui cherche à éviter l'internement<sup>99</sup> :

Il nous semble donc que les efforts conjugués des gouvernements, des municipalités et des commissions scolaires, sans parler évidemment des spécialités et des disciplines concernées, doivent tendre de plus en plus à aider l'enfant déficient, soit en le protégeant et en protégeant l'équilibre interne de sa famille et celui de la société, quand il est trop sérieusement retardé, soit en favorisant son développement dans les conditions qui lui sont nécessaires, afin d'en faire dans la mesure du possible, un citoyen utile et indépendant.<sup>100</sup>

---

<sup>97</sup> Zarfás, «Mental Retardation Today», p.480.

<sup>98</sup> Delâge, « Le problème de la déficience mentale chez l'enfant dans la province de Québec », p.623.

<sup>99</sup> Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-580/ 33, Working Paper on Mental Retardation, p.3.

<sup>100</sup> Delâge, « Le problème de la déficience mentale chez l'enfant dans la province de Québec », p.623.



#### 4.2.3 L'hôpital psychiatrique repensé

La création de nouveaux services dans la communauté au cours des années 1950 ne vient pas forcément remettre en question la présence de l'hôpital psychiatrique dans le réseau institutionnel :

Par ailleurs nous devons maintenant chercher des solutions à cette hypertrophie monstrueuse et, s'il est impossible de démolir ces vastes asiles, nous devons chercher à les utiliser de la manière la plus pratique et la plus heureuse.<sup>101</sup>

Si l'hospitalisation tend à être évitée, il reste que plusieurs malades devront séjourner à l'hôpital psychiatrique. En 1957, au deuxième Congrès mondial de psychiatrie à Zurich, la communauté psychiatrique se positionne en faveur d'une nouvelle approche, influencée par l'école anglaise, selon laquelle la création d'une ambiance appropriée peut aider le patient dans son processus thérapeutique. Avec le *Milieu Therapy*, les malades doivent exécuter des tâches et activités dans l'enceinte de l'hôpital dans le but de simuler les exigences de la vie extérieure :

C'est pourquoi pour être thérapeutique l'hôpital mental doit utiliser la situation qui en fait une communauté dans laquelle l'individu doit apprendre à s'adapter et dans laquelle il sera l'objet d'un grand nombre de relations interpersonnelles de toutes sortes.<sup>102</sup>

Dans cette optique, l'hôpital psychiatrique se doit de devenir un véritable milieu de traitement. L'atmosphère thérapeutique de l'hôpital apparaît comme l'un des rares moyens d'éviter la chronicité de la maladie<sup>103</sup>. Dans le *Milieu Therapy*, les relations entre tous les individus qui pénètrent dans les murs de l'institution, du patient à l'administrateur, se doivent d'être harmonieuses et jouent un rôle fondamental dans la création du climat thérapeutique. Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'hôpital psychiatrique ne doit pas essayer de

---

<sup>101</sup> Bordeleau, « Congrès mondial de psychiatrie », p.724.

<sup>102</sup> Marcel Berthiaume, « La psychiatrie dans l'hôpital psychiatrique », *L'Union médicale du Canada*, tome 87, janvier 1958, p.21.

<sup>103</sup> I.L.W. Clancey, John Cumming et Elaine Cumming, « Training Psychiatric Nurses – A Re-evaluation », *Canadian Psychiatric Association journal*, vol. 2, no 1, janvier 1957, p.26-33.

suivre le modèle de l'hôpital général et devrait plutôt chercher à créer une ambiance thérapeutique propice aux troubles mentaux. Le concept de thérapie institutionnelle voit en l'hôpital psychiatrique un lieu d'épanouissement pour le malade qui cherche à reprendre confiance en lui. Ainsi, l'accueil du malade lors d'un séjour en institution mérite qu'on lui accorde un intérêt particulier<sup>104</sup>.

La communauté psychiatrique internationale se sensibilise aux effets négatifs d'un séjour dans une institution surpeuplée. La construction de petits hôpitaux psychiatriques apparaît alors comme une solution à ce problème. En U.R.S.S., aucun établissement psychiatrique ne possède une capacité d'accueil supérieure à 1000 patients. Dans ce même esprit, les dirigeants de l'Angleterre entreprennent en 1959 de modifier le *Mental Health Act* dans le but que soit réduit de moitié, en 1971, le nombre de lits réservés aux malades psychiatriques. Selon le D<sup>r</sup> Bordeleau, pour réaliser un tel objectif, il devient toutefois essentiel de prendre en charge le patient dès le début de l'apparition des symptômes de la maladie afin de réduire au maximum le recours à l'hospitalisation<sup>105</sup>.

Au Canada, un rapport de 1956 sur les soins hospitaliers présenté par le *Canadian Mental Health Association* recommande l'arrêt dans la construction des grands hôpitaux psychiatriques. Il suggère également la création d'hôpitaux qui possèdent une capacité totale ne dépassant pas 400 à 500 lits. Or, à cette époque, l'application d'une telle recommandation représente, dans les faits, l'existence d'un hôpital pour chaque 100 000 habitants. Selon le rapport, un hôpital plus petit demande moins d'investissements financiers qu'un hôpital plus grand. De plus, en réduisant leur taille, les futurs hôpitaux peuvent être développés sur une base régionale dans le but de se rapprocher le plus près possible des principaux services médicaux offerts à la population<sup>106</sup>. C'est ce que soutient également l'Organisation mondiale

---

<sup>104</sup> Berthiaume, « La psychiatrie dans l'hôpital psychiatrique », p.18-23.

<sup>105</sup> Bordeleau, « Congrès mondial de psychiatrie », p.724-725.

<sup>106</sup> Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-484/ 199. Small Regional Hospitals versus Present Organization of Mental Hospitals in Canada, Summary of Discussion at 9th Meetings of Advisory Committee on Mental Health, novembre 1956, 3p.

de la santé, pour qui l'hôpital psychiatrique doit devenir la plaque tournante des services psychiatriques régionaux<sup>107</sup>. Cette formule permet alors d'éviter les problèmes associés à l'éloignement du malade de sa famille et de son milieu de vie.

Au cours de la décennie 1950, la communauté psychiatrique insiste sur l'importance de réformer l'organisation des hôpitaux psychiatriques. Selon Amyot, pour pouvoir apprécier les effets des neuroleptiques et admettre plus facilement les malades, il s'avère indispensable d'augmenter les ressources humaines. Le rôle de l'hôpital est donc appelé à se transformer considérablement :

Administrer des médicaments et continuer de surveiller et de soigner apparaît maintenant de plus en plus insuffisant.

On admet qu'il faudrait avant tout voir à organiser la réhabilitation des malades calmés et plus bienveillants, les adapter à une vie plus normale, les résocialiser et tenter de les insérer dans une existence où les contacts inter-personnels et des occupations productives feraient l'emploi du temps. Ce qu'on avait d'ailleurs commencé de réaliser avant cette ère des neuroleptiques, mais qui s'impose avec plus d'insistance depuis que leur emploi se généralise.<sup>108</sup>

Cette nouvelle vision de la psychiatrie implique un rapprochement entre l'hôpital psychiatrique et la communauté. Selon le D<sup>r</sup> Larue, l'hôpital psychiatrique possède une fonction essentielle dans la prévention de la criminalité. Il résume ainsi l'apport de ce type d'institution dans la société :

Nous connaissons tous le rôle que joue, dans la prévention des délits et des crimes, le grand hôpital psychiatrique. Nous gardons des quantités de sujets qui, dans la vie libre, étaient plus ou moins dangereux pour autrui et l'ordre public, et qui, par ailleurs, étaient aussi malmenés, raillés et maltraités, ce qui aggravait fréquemment leur nocivité et leurs inaptitudes.

---

<sup>107</sup> Berthiaume, « La psychiatrie dans l'hôpital psychiatrique », p.20.

<sup>108</sup> Roma Amyot, «L'ère des neuroleptiques en pathologie mentale et le climat des hôpitaux psychiatriques», *L'Union médicale du Canada*, tome 86, mai 1957, p.492.

À l'hôpital, ils vivent heureux et leurs aptitudes sont utilisées.<sup>109</sup>

Dans des cas spéciaux, l'hospitalisation à courte durée reste désirable car l'hôpital offre des services et des traitements que l'on ne peut offrir à l'extérieur de l'enceinte<sup>110</sup>. L'hôpital psychiatrique doit proposer des activités afin de garder le patient autonome. Ainsi, le séjour du patient à l'hôpital doit rester le plus bref que possible afin de contrer les effets aliénants de l'institutionnalisation. Le but ultime demeure la réintégration du malade à son milieu de vie :

Mais il semble bien que l'hôpital conserve toujours sa place prépondérante dans le chœur des institutions psychiatriques. Cette situation privilégiée lui impose cependant le lourd devoir de continuellement s'affairer à offrir le meilleur des traitements.<sup>111</sup>

#### 4.2.4 La communautarisation

Au cours des années 1950, on assiste à l'émergence du vocable de *psychiatrie communautaire* au sein de la pratique psychiatrique. Cette nouvelle approche puise ses origines de l'expérience vécue à Gheel en Belgique, où la tradition veut que chaque personne souffrant d'une maladie mentale soit acceptée comme un membre à part entière de la communauté. Dans ce village, les maisons d'accueil, tenues par les résidents, n'hébergent jamais plus que deux pensionnaires à la fois. Ce système, qui devient, au point de vue légal, une institution nationale en 1852, et où œuvrent plusieurs spécialistes, servira de modèle aux grandes réalisations du XX<sup>e</sup> siècle à la fois en Europe, plus précisément en Écosse, en France, en Suède, en Allemagne et en Suisse, et en Amérique du Nord<sup>112</sup>. Un article écrit en 1951 présente les bienfaits de la réintégration sociale du malade :

---

<sup>109</sup> Larue, « L'institution d'un département de psychiatrie », p.359.

<sup>110</sup> « "Institutionalized" Outpatient », *Canadian Medical Association journal*, vol. 87, no 9, 1 septembre 1962, p.516.

<sup>111</sup> Marcel Berthiaume, « L'hôpital mental », *L'Union médicale du Canada*, tome 88, février 1959, p.163.

<sup>112</sup> Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-484/ 201, Dr. D.G. McKerracher, « Mental Health », *Saskatchewan Community*, vol.3, no.4, 10 octobre 1951.

«These people, accepted for what they are, given no tasks beyond their capacity, and relieved of the stigma attached to confinement in an institution, have learnt to live harmoniously with other people and happier for it.<sup>113</sup> »

D'après Tourney, le mouvement de psychiatrie communautaire provient d'un amalgame de pressions sociales exercées par la population, par le milieu politique et par le système juridique. Ce mouvement traverse tous les paliers de gouvernements, notamment le palier fédéral dans le cas des États-Unis<sup>114</sup>. Avec l'approche communautaire, la relation traditionnelle du psychiatre avec son patient se transforme au profit de la thérapie au sein de la famille et de la communauté. Un article publié en 1951 par le Dr D.G. McKerracher, directeur de la division psychiatrique du *Department of Public Health en Saskatchewan*, rapporte qu'environ 7 000 patients nord-américains logent en milieu familial. Selon l'article, cette nouvelle forme de prise en charge produit des résultats encourageants avec un taux de réussite très élevé et un accroissement du sentiment de bien-être chez les malades<sup>115</sup>.

Par le biais de stages et d'échanges, les médecins du Québec prennent connaissance de l'expérience américaine et européenne de la psychiatrie communautaire. À l'exemple des malades à Gheel, des patients de l'Hôpital Sainte-Anne pour anciens combattants participent en 1958 à un projet de treize mois qui vise la création de foyers d'accueil dans les montagnes laurentiennes. Le but de ce programme est d'assurer le retour en communauté des patients institutionnalisés depuis de nombreuses années<sup>116</sup> :

« We believe that we have found some « foster homes » where certain ex-patients have these needs fulfilled as well as, or better than, would be possible in any institutional

---

<sup>113</sup> *Ibid.*

<sup>114</sup> Garfield Tourney, « A History of Therapeutic Fashions in Psychiatry 1800-1966 », *American Journal Psychiatry*, vol.24, no.6, 1967, p.792; Yves Lecomte, «Le processus de désinstitutionalisation aux États-Unis (première partie)», *Santé mentale au Québec*, vol. XIII, no 1, p.39.

<sup>115</sup> Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-484/ 201, Dr. D.G. McKerracher, « Mental Health », *Saskatchewan Community*, vol.3, no.4, 10 octobre 1951.

<sup>116</sup> Gordon O. Patton, « Foster Homes and Rehabilitation of Long-Term Mental Hospital Patients », *Canadian Psychiatric Association journal*, vol. 6, no 1, janvier 1961, p.20-25.

setting in Canada today. By "foster homes" we mean a private home where veteran pays for board and room with family privileges, plus any required supervision or guidance.<sup>117</sup>»

Henri Dorvil dresse un portrait saisissant et bien documenté de l'expérience communautaire vécue à L'Annonciation. D'abord issu d'une promesse électorale pour aider la population sans emploi de la région, puis accéléré par l'augmentation phénoménale du nombre de malades mentaux, l'hôpital d'une capacité de 778 lits voit le jour en 1961<sup>118</sup>. L'institution prend place dans le village de l'Annonciation qui compte alors une population de 1042 habitants. Au sein de cette municipalité rurale, les malades mentaux ne sont pas confinés à l'intérieur des murs de l'institution comme leurs semblables de Montréal et de Québec. Ainsi, ils fréquentent les restaurants, vont à l'Église du village, se rendent aux ateliers protégés de travail et marchent dans les parcs publics, parfois sans même être accompagnés d'un membre du personnel de l'hôpital. Certaines familles situées près de l'hôpital abritent également des malades. Cette proximité entre le fou et le villageois ne se fait pas sans heurts, mais perdura néanmoins pendant plus d'une vingtaine d'année<sup>119</sup>. Au cours des années 1960, la formule mise sur pied à l'hôpital de l'Annonciation devient vite un modèle de référence pour les pays francophones, en Angleterre, en Italie et chez nos voisins américains<sup>120</sup>.

La politique de *l'open-door*, jumelée à la volonté d'offrir aux malades mentaux une certaine liberté en leur assurant des soins médicaux adéquats, reste liée à l'émergence d'un intérêt pour les sciences behavioristes qui traitent des interactions du milieu sur la santé psychologique de l'individu, et pour le rôle de la communauté dans la prise en charge de la

---

<sup>117</sup> *Ibid*, p.20.

<sup>118</sup> Henri Dorvil, « La désinstitutionnalisation: du fou de village aux fous des villes », *Bulletin d'histoire politique*, vol.10, no 3, printemps-été 2002, p.88-104.

<sup>119</sup> Henri Dorvil, *Histoire de la folie dans la communauté*, Montréal, Éditions Émile-Nelligan, 1988, p.220.

<sup>120</sup> *Ibid*, p.209.

folie<sup>121</sup>. Ainsi, en février 1955, le *Advisory Committee on Mental Health*, recommande au ministère canadien de s'engager dans une politique de la *porte ouverte* à mesure que les situations locales le rendront possible<sup>122</sup>.

Afin d'assurer la réintégration sociale d'un patient, ou dans certains cas d'éviter l'hospitalisation, des services dans la communauté doivent être dispensés. Dans cette ligne de pensée, la politique de la *porte ouverte* favorise le traitement des malades à domicile. À Toronto, dans le district de Hillcrest, le *Department of Public Health* met sur pied le projet *Home Care Program*. Il vise à fournir des soins médicaux et infirmiers à domicile, sous la direction du médecin attitré au malade, afin de réduire le nombre de lits occupés dans les hôpitaux. Le personnel du département du *Home Care Office* offre également un service domestique dans le but de faciliter la vie à la maison pour le patient<sup>123</sup>. Il s'agit ici d'un exemple d'expérience communautaire qui rappelle qu'à cette époque, plusieurs projets similaires seront initiés au Canada et à l'étranger<sup>124</sup>.

Le développement de l'approche communautaire apparaît donc comme une réponse à la surpopulation des hôpitaux psychiatriques. Les États-Unis, puis en second lieu la Grande-Bretagne, constituent les pays ayant le taux d'admission dans les institutions psychiatriques le plus élevé à l'échelle internationale. À Londres, le *Mental Health Act* de 1959 ne considère plus les hôpitaux psychiatriques comme des institutions isolées. Cette loi suggère au contraire l'instauration d'un réseau de services psychiatriques beaucoup plus large dans lequel les malades souffrant de troubles mentaux pourraient se présenter dans tous les hôpitaux possédant les infrastructures pour le recevoir. De plus, la législation met également l'emphasis sur la formule de soins à domicile pour les malades<sup>125</sup>. En U.R.S.S.,

---

<sup>121</sup> D.E.C., « The Open Door », *Canadian Psychiatric Association journal*, vol. 6, no 2, mars 1961, p.55-56.

<sup>122</sup> *Ibid*, p.56.

<sup>123</sup> «Provincial News», *Canadian Medical Association journal*, vol. 79, no 1, 1 juillet 1958, p.78.

<sup>124</sup> Humphry Osmond, « The Changing Mental Hospital », p.975.

l'hospitalisation d'un patient est fortement déconseillée, à moins qu'elle soit indispensable pour sa protection et celle de sa famille. Selon les psychiatres soviétiques, seulement 30% des malades mentaux nécessitent un traitement institutionnel. Ainsi, tous les efforts visent à retourner le malade dans la société<sup>126</sup>.

#### 4.3 Conclusion

Dans les années 1950, la psychiatrie connaît un essor considérable qui lui permet de se développer en tant que spécialité médicale. Cette émancipation est liée aux avancées dans les domaines de la psychiatrie et de la psychologie à partir de la Deuxième Guerre mondiale, notamment sur le plan thérapeutique. Devant le nouvel engouement pour ces disciplines, les universités emboîtent le pas et introduisent graduellement des départements de psychologie et de psychiatrie dans leurs facultés de médecine. Malgré le taux de diplomation accru de psychiatres au Québec, un manque de spécialistes persiste alors que les besoins en psychiatrie prennent de grandes proportions. Dans ce contexte, le médecin généraliste se voit confier la tâche d'orienter les malades désespérés qui, faute de psychiatres, se présentent à sa porte. C'est à partir de ce constat que le milieu universitaire décide d'intégrer des notions de psychiatrie en médecine générale afin de former davantage le futur généraliste au sujet des maladies mentales.

Outre la psychiatrie, les facultés de médecine introduisent également des notions de psychologie dans la formation des étudiants en médecine générale et en psychiatrie. L'ampleur que prennent les théories en psychologie s'inscrit dans la montée d'un nouveau courant de pensée, la médecine psychosomatique. Selon ce modèle, le malade devient un être à part entière possédant une sensibilité et une expérience de vie qui lui sont propres. Le courant psychosomatique accorde également à la famille un rôle important dans la démarche thérapeutique du malade, rôle qu'elle avait perdu depuis les cinquante dernières années.

---

<sup>125</sup> Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-484/ 198, « Lettre-nouvelles », Association Canadienne de Psychiatrie, no 10, février 1962.

<sup>126</sup> J. D. M. Griffin, compte-rendu de l'ouvrage de Joseph Wortis, « Soviet Psychiatry », Toronto, Burns and MacEachern, 1950, 314p., *Canadian Psychiatric Association journal*, vol. 5, no 3, juillet 1960, p.140.



Désormais, le médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, doit chercher à se détacher du modèle traditionnel plus théorique afin de nouer un lien de confiance et un rapport égalitaire entre lui et son patient. Aussi, la médecine psychosomatique suppose le travail d'une équipe de professionnels de disciplines différentes pour assurer une prise en charge complète des malades psychiatriques. Enfin, la psychiatrie s'impose graduellement dans les hôpitaux généraux avec la création d'unités psychiatriques et de cliniques externes. L'ensemble de ces transformations favorisent l'intégration des malades psychiatriques dans la pratique courante en médecine.

Dans ce nouveau contexte, la psychiatrie ne peut plus être confinée à l'intérieur de l'asile et se doit de dépasser les frontières construites avec le temps entre elle et la communauté. Cette ouverture de la psychiatrie sur le monde arrive à un moment où un courant contestataire s'en prend à la base même de la pratique psychiatrique de l'époque, c'est-à-dire l'asile. La publication d'études scientifiques dénonçant les effets pervers de l'institutionnalisation vient ébranler la psychiatrie à l'échelle internationale. L'arrivée de ces études-chocs coïncide également avec l'application de nouvelles formules de soins, comme les services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, les cliniques externes et les écoles spécialisées, qui permettent aux malades d'être traités à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique. De plus, la psychiatrie de l'après-guerre pose un regard optimiste sur l'avenir des enfants déficients avec la création d'écoles spécialisées et d'ateliers de travail. La pensée psychiatrique qui se développe à partir de la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle est celle de l'*open-door*. Animée par l'approche communautaire, le milieu psychiatrique canadien participe à des projets visant à dispenser des services pour malades mentaux dans la société. Dans ce contexte particulier des années 1950, la communautarisation apparaît comme une solution à la crise du réseau psychiatrique. On reconnaît désormais l'importance de garder, dans la mesure du possible, le malade dans son milieu de vie afin d'éviter les conséquences de l'hospitalisation à long terme sur le patient.

S'il est vrai que le vent de changement qui traverse la psychiatrie des années 1950 annonce les débuts d'une pensée à l'origine de la désinstitutionnalisation, il n'entraînera pas pour autant l'abolition de l'hôpital psychiatrique. Certes, en pratique, on tente peu à peu

d'éviter l'internement. Or, il arrive parfois que l'hospitalisation soit néanmoins nécessaire, idéalement à court terme. L'hôpital psychiatrique est donc appelé à changer graduellement de visage au cours des années qui suivent la décennie 1950 :

C'est à traiter les malades que vise aujourd'hui essentiellement la médecine mentale, rejoignant ainsi l'objet de toute médecine. Les asiles sont devenus des hôpitaux. Si le mot de guérison, si grave par les espoirs qu'il fait naître, ne doit toujours être prononcé qu'avec réserve, il ne nous est plus interdit. Et c'est bien là ce qui caractérise la seconde révolution psychiatrique, celle qui a ébranlé les dogmes de la fixité des espèces morbides et de leur évolution inéluctable.<sup>127</sup>

---

<sup>127</sup> Delay, « Médecine mentale et progrès scientifique », p.973.

## CHAPITRE V

### LA CRISE FINALE : LA FIN DE L'ASILE?

Dans les chapitres précédents, un regard a été jeté sur l'émergence de nouvelles théories et pratiques en psychiatrie tant dans le monde qu'au Québec. En effet, la crise du réseau psychiatrique, l'évolution thérapeutique et le nouveau rôle joué par la psychiatrie dans la société forcent la communauté psychiatrique à se renouveler constamment. La période qui suit la Deuxième Guerre mondiale marque ainsi un tournant décisif qui touche l'ensemble des domaines de la médecine, plus particulièrement celui de la psychiatrie.

Ce dernier chapitre se consacre à l'étude ce qui peut être désigné comme l'*apogée* de la crise du réseau psychiatrique. Au Québec comme ailleurs, la volonté de changement au sein des milieux psychiatriques reste intimement liée au contexte politique de l'époque. La révolution psychiatrique en effet prend son envol alors que la lutte contre la domination du clergé et le traditionalisme a déjà commencé dans la société québécoise. L'affirmation de l'État québécois marque un déblocage qui se traduit par de grandes réformes qui touchent les secteurs de la politique, de l'économie, de l'éducation et de la santé. La crise des asiles, amorcée au milieu des années 50, prendra toute son ampleur dans le contexte explosif de la Révolution tranquille.

#### 5.1 Le combat des psychiatres : modernistes et traditionalistes

Grâce aux subventions fédérales octroyées depuis 1948 en hygiène mentale, plusieurs jeunes psychiatres québécois entreprennent des stages à l'étranger. Formés à partir de nouvelles approches en France ou aux États-Unis, ceux que Boudreau surnomme les *modernistes*, qui sont porteurs d'idées réformatrices, se heurtent à leur retour au Québec aux

intérêts des psychiatres *traditionalistes*. En effet, les psychiatres de la *vieille garde* restent favorables à l'asile et à l'autorité cléricale. Dans le milieu psychiatrique francophone, le passage de la structure asilaire sous l'emprise des congrégations religieuses à un système psychiatrique dominé par les psychiatres va s'effectuer dans un climat de tensions entre les groupes dominants, notamment entre les congrégations religieuses et la communauté psychiatrique<sup>1</sup>. Les nouveaux psychiatres souhaitent briser l'image négative qui colle à leur profession et, en conséquence, mettre un terme à cette période pendant laquelle le premier ministre qualifiait ironiquement les psychiatres de « tireux de bonne aventure <sup>2</sup> ». Le psychiatre Pierre Laberge résume la situation de l'époque comme suit :

Le temps est venu pour la vieille garde de se rajeunir ou de laisser sa place à ceux qui ont fait les raccordements nécessaires avec les grands courants et les découvertes récentes de la psychiatrie telle qu'elle se pratique dans les pays évolués. Ceux-là nous ont appris d'abord à voir le malade non pas comme une bête curieuse, un animal de jardin zoologique, mais comme un semblable, un frère susceptible de ne pas passer le restant de ses jours dans une prison, s'il y a possibilité pour lui d'être soigné et guéri.<sup>3</sup>

La diffusion des progrès réalisés dans le domaine de la psychiatrie depuis la Deuxième Guerre mondiale ne s'est pas réalisée du jour au lendemain. En effet, le parcours entrepris entre une découverte et sa pénétration dans la pratique peut s'avérer difficile et sinueux si cette découverte ne bénéficie pas d'un contexte sociopolitique approprié ou de moyens adéquats pour transmettre de l'information. L'utilisation de tribunes à vocation scientifique devient alors un atout considérable pour véhiculer des idées. C'est donc à travers les revues dédiées au milieu médical que les psychiatres réformateurs s'emploient à faire connaître à leurs confrères les méthodes thérapeutiques récemment expérimentées. Ces jeunes psychiatres désirent voir le réseau psychiatrique de la province se moderniser davantage. En effet, tout milieu qui se veut avant-gardiste se doit nécessairement de suivre le rythme des

---

<sup>1</sup> Françoise Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 2003, p.71-72.

<sup>2</sup> Pierre Laberge, « Le point de vue d'un psychiatre », *Cité libre*, vol. 12, no 40, octobre 1961, p.20.

<sup>3</sup> *Ibid*, p.21.

courants scientifiques internationaux. Or, le réseau psychiatrique québécois connaît une sérieuse défaillance en cette matière, notamment les institutions psychiatriques francophones. Ainsi, les psychiatres *modernistes* mettent l'emphasis sur le fait que les établissements psychiatriques se sont très peu adaptés aux nouvelles méthodes préconisées par le milieu psychiatrique depuis l'après-guerre. Cette situation engendre des répercussions graves :

Les centres de formation sont à peu près inexistant, chaque année la plupart des jeunes médecins doivent s'exiler à l'étranger pour se spécialiser, et quant aux malades, les conditions dans lesquelles ils sont traités se passent de commentaires.<sup>4</sup>

La situation devient d'autant plus alarmante que le Québec présente un retard important dans la pratique psychiatrique comparativement aux autres provinces canadiennes et aux pays occidentaux les plus avancés. Le D<sup>r</sup> Pierre Lefebvre résume le problème :

Jusqu'à maintenant, notre fameux Etat du Québec s'est maintenu à un niveau de pays sous-développé au point de vue psychiatrique, si l'on établit la comparaison avec les autres régions de l'Amérique du Nord. Parmi toutes les réformes qu'on envisage, celles qui s'intéresseront au secteur des maladies mentales ne laisseront pas d'avoir un retentissement profond sur notre société, quand on songe qu'un individu sur vingt – selon des prévisions scientifiquement établies – aura tôt ou tard besoin de soins psychiatriques.<sup>5</sup>

Un discours qui se veut progressiste envahit donc les revues scientifiques dans lesquelles les psychiatres échangent des idées entre eux. Toutefois, pour que le cri de la nouvelle génération de psychiatres se fasse réellement entendre au sein de la population, il faut attendre l'alliance des jeunes spécialistes avec les journalistes, ce qui se fait vers la fin des années 1950. Sans la médiatisation, parfois sensationnaliste, de la situation désolante qui sévit dans le système psychiatrique du Québec, le message des psychiatres aurait difficilement touché la sensibilité de l'opinion publique. En l'absence d'un soutien des médias, le débat se serait difficilement transporté sur la place publique. Pour accélérer la

---

<sup>4</sup> Pierre Laberge, « Milieu thérapeutique et psychiatrie », *Cité libre*, vol. 13, no 48, juin-juillet 1962, p.7.

<sup>5</sup> Pierre Lefebvre, « Services externes en psychiatrie », *Cité libre*, vol. 13, no 48, juin-juillet 1962, p.6.

réforme du réseau psychiatrique, les psychiatres progressistes s'appuient sur le raisonnement voulant que les institutions psychiatriques doivent s'ouvrir à la population par le biais de l'information journalistique. En effet, le D<sup>r</sup> Gilles Lortie de l'Institut Albert-Prévost affirme que le psychiatre ne représente pas nécessairement le mandataire idéal pour informer l'opinion publique : « Il doit donc faire appel à l'expert de l'information, au journaliste, au commentateur qui lui servira d'intermédiaire<sup>6</sup> ». Dans cette période tourmentée de l'histoire de la psychiatrie au Québec, les psychiatres et les journalistes vont donc s'allier afin de former un front commun et militer pour la même cause.

En dénonçant des situations scandaleuses vécues dans les hôpitaux psychiatriques, les différents médias deviennent des outils essentiels dans la propagation d'idées réformatrices. D'après Lecomte, les dénonciations faites dans les études sociologiques et les chroniques médiatiques dans l'après-guerre aux États-Unis sont à l'origine d'une prise de conscience accrue de la population américaine à l'égard des traitements subis par les malades mentaux dans les asiles<sup>7</sup>. Selon Dorvil et Boudreau, les médias, dans le contexte québécois, ont contribué largement à l'éveil de la société<sup>8</sup>. Pour Boudreau, les moyens de communication de masse servent de lieu à l'intérieur duquel se déploie une polémique : « la presse amène le débat sur la place publique et en devient l'élément moteur<sup>9</sup> ».

À travers les articles qui font la manchette des journaux, des revues, des périodiques et de la radio, le message des psychiatres progressistes s'extériorise et trouve écho en dehors du milieu psychiatrique. La télévision, le cinéma et le théâtre suivent également ce courant. Le courant contestataire qui prend forme vers la fin des années 1950 prend de l'ampleur à partir de 1960. Rapidement, l'intérêt des médias envers la psychiatrie se transpose sur les hôpitaux

---

<sup>6</sup> Gilles Lortie, « La psychiatrie dans la cité », *Cité libre*, vol. 13, no 48, juin-juillet 1962, p.3.

<sup>7</sup> Yves Lecomte, «Le processus de désinstitutionalisation aux États-Unis (deuxième partie)», *Santé mentale au Québec*, vol. 13, no 2, 1988, p.47.

<sup>8</sup> Françoise Boudreau «La psychiatrie québécoise depuis 1960: de structure en structure, la loi du plus fort est-elle toujours la meilleure?», *Santé mentale au Québec*, vol. VI, no 2, p.31 ; Henri Dorvil, *Histoire de la folie dans la communauté*, Montréal, Éditions Émile-Nelligan, 1988, p.226.

<sup>9</sup> Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, p.74-75.

psychiatriques. Les asiles, que certains surnomment les « Alcazars asilaires<sup>10</sup> », deviennent les cibles des réformateurs puisqu'ils incarnent le bastion de la psychiatrie dans sa définition la plus conservatrice. Ce mouvement protestataire crée une grande frénésie au sein de la société québécoise et influencera les décisions futures des élites politiques. Ainsi, comme le résume Georges Dufresne :

Aujourd'hui c'est contre la corruption des « hôpitaux » à l'usage des malades mentaux que se lève l'indignation populaire.

Le sentiment de révolte est indubitablement très fort, à l'heure présente.<sup>11</sup>

## 5.2 Les grands scandales

Durant la période 1950-1962, l'ensemble de la communauté médicale, et plus particulièrement le milieu psychiatrique, est éclaboussée par des scandales qui font la une des grands quotidiens. Déjà, à partir de la deuxième moitié de la décennie 1950, on recense quelques articles dans le journal *Vrai* qui présentent une critique assez virulente du réseau psychiatrique québécois. Toutefois, il faut attendre les années 1961 et 1962 pour voir éclore un véritable débat médiatique dans les grands quotidiens du Québec au sujet de l'avenir de la psychiatrie dans la province.

### 5.2.1 L'aile des fous de Bordeaux

Parmi les scandales médiatisés à l'époque, celui de la prison de Bordeaux, et plus particulièrement celui de l'hôpital psychiatrique de la prison, suscitent l'intérêt des journalistes. Dès 1955, le journaliste Jacques Hébert<sup>12</sup> en fait son principal cheval de bataille

---

<sup>10</sup> Lefebvre, « Services externes en psychiatrie », p.5.

<sup>11</sup> Georges Dufresne, « Qui opprime les malades mentaux? » *Cité libre*, vol. 12, no 40, octobre 1961, p.17.

<sup>12</sup> Jacques Hébert. Fondateur du journal *Vrai*, il a également oeuvré dans *Le Devoir* et *Cité libre* de même qu'à Radio-Canada. Il a participé à la création des Éditions de l'Homme et des Éditions du

dans le journal *Vrai*. Son indignation envers Bordeaux culminera jusqu'à la publication de son livre *Scandale à Bordeaux*<sup>13</sup> en 1959. Lorsqu'on sait que l'institution est l'une « des prisons les mieux administrées de l'Amérique du Nord<sup>14</sup> » selon le premier ministre Duplessis, il n'y a alors rien d'étonnant dans le fait que ce dernier soit l'une des principales cibles des écrits de Hébert.

C'est à travers le cas du jeune Pierre Dupont (nom fictif), un enfant orphelin accusé du meurtre d'un cultivateur de Boucherville, que Hébert transporte ses lecteurs de *Vrai* dans l'« enfer de Bordeaux<sup>15</sup> ». Dans l'attente interminable d'un verdict des psychiatres, l'orphelin loge à l'hôpital psychiatrique de la prison où sont gardés dans des conditions inhumaines les malades afin « que la société soit protégée et que les bourgeois dorment en paix <sup>16</sup> ». Pierre Dupont représente selon Hébert l'exemple parfait d'une victime du système psychiatrique dérégulé et obsolète qui se perpétue dans la province. À la suite de la campagne entreprise par le journal *Vrai*, le jeune Dupont, jugé sain d'esprit, reçoit finalement l'approbation pour quitter l'Hôpital de Bordeaux<sup>17</sup>.

À l'Hôpital de Bordeaux, créé en 1927, les malades relèvent de l'unique autorité du médecin-chef de la prison, le D<sup>r</sup> Huard, qui possède un droit de veto sur l'ensemble des décisions prises. C'est sur lui que repose la responsabilité de juger de la capacité du malade à subir un procès. Selon le *Vrai*, les malades de l'Hôpital de Bordeaux, parmi lesquels on compte des enfants, ne reçoivent aucun véritable traitement : « C'est par miracle qu'ils

---

Jour en plus d'être l'auteur de nombreux livres. En 1983, il débute une nouvelle carrière au Sénat canadien.

<sup>13</sup> Jacques Hébert, *Scandale à Bordeaux*, Montréal, Éditions de l'Homme, 1959, 157p.

<sup>14</sup> « Premières réformes à la prison de Bordeaux », *Vrai*, vol. 5, no 8, 6 décembre 1958, p.12.

<sup>15</sup> Jean Comtois, « À la prison de Bordeaux. Les malades gèlent dans les cellules! », *Vrai*, vol. 3, no 20, 12 janvier 1957, p.1.

<sup>16</sup> Jacques Hébert, « Prisonnier à Bordeaux parce que la société n'a jamais voulu de lui », *Vrai*, vol. 3, no 20, 12 février 1955, p.3.

<sup>17</sup> Jacques Hébert, « Deux ans de prison », *Vrai*, vol. 1, no 35, 4 juin 1955, p.8.



peuvent guérir et, le plus souvent, un séjour prolongé dans l'enfer de l'Aile des fous rendra fou un détenu qui ne l'était pas en y entrant<sup>18</sup> ».

Le journal *Vrai* dénonce le manque de soins donnés aux malades et l'abus de pouvoir exercé par le personnel des hôpitaux psychiatriques du Québec. Il s'en prend aux institutions psychiatriques dans lesquelles les patients sont contraints au silence et qui cachent, sous le faux nom d'*hôpital*, un lieu où l'on traite les malades mentaux comme des animaux. Le journal réagit également contre le peu d'intérêt que portent les personnes au pouvoir au destin réservé aux malades mentaux. Selon Hébert, les autorités en place ferment les yeux et endossent la situation en restant passif.

Selon le témoignage d'un ancien gardien de l'Hôpital de Bordeaux, il y aurait eu de 1952 à 1954 plusieurs cas d'abus sexuels pratiqués par des infirmiers homosexuels sur les malades mentaux. Pendant ces années, le *Vrai* affirme que la proportion d'infirmiers homosexuels dans l'hôpital atteignait 90%, chiffre qui par contre semble nettement exagéré. Le journaliste Jean Comtois soutient que, selon des témoignages, cette pratique cruelle se serait échelonnée sur une période plus longue<sup>19</sup>. Selon un informateur anonyme, une partie du problème s'expliquerait par le fait que de nombreux infirmiers rejetés des hôpitaux de Montréal réussissent à trouver un emploi à Bordeaux, où on offre des salaires ridiculement bas<sup>20</sup> :

Les malades de Bordeaux ne sont même pas des « hommes sans voix », ce sont des êtres humains ravalés au rang des bêtes et auxquels on a arraché la langue.<sup>21</sup>

D'après les aveux d'un autre gardien, l'Hôpital de Bordeaux possède un donjon situé dans le sous-sol de la prison. Ces cellules sont utilisées pour mater les aliénés désobéissants

---

<sup>18</sup> « Premières réformes à la prison de Bordeaux », p.12.

<sup>19</sup> Jean Comtois, « Lynchage et suicide à la prison de Bordeaux », *Vrai*, vol. 3, no 18, 29 décembre 1956, p.2.

<sup>20</sup> « Cri de désespoir des malades de l'hôpital de Bordeaux. Le scandale de l'hôpital de Bordeaux », *Vrai*, vol. 3, no 17, 22 décembre 1956, p.7.

<sup>21</sup> *Ibid.*

qui « exécutent, à la journée longue, la ronde infernale de l'abrutissement humain! <sup>22</sup> ». Au début des années 1950, les malades plus dociles trouvent refuge dans des grandes salles où on les entasse en groupe de trente à quarante <sup>23</sup>. En hiver, l'humidité suinte sur les murs des cellules et la température peut parfois chuter jusqu'à 4,5° Celsius <sup>24</sup>. Il n'est donc pas surprenant qu'avec des conditions aussi atroces de captivité, les autorités refusent le droit de visite aux proches des prisonniers de l'hôpital :

Il est bien évident que les administrateurs de cet enfer et le gouvernement qui les exonère périodiquement « de tout blâme » ont intérêt à cacher ce qui se passe à Bordeaux. <sup>25</sup>

Il faut attendre la publication d'une trentaine d'articles-chocs dans *Vrai* pour que le gouverneur du pénitencier annonce en 1958 le départ de 300 des 800 malades de l'Hôpital de Bordeaux vers l'ancien Hôpital Sainte-Justine de la rue Saint-Denis <sup>26</sup>. Ainsi, au début de la décennie 1960, l'ampleur prise par la situation catastrophique à l'Hôpital de Bordeaux, accentuée par l'inaction de l'Union nationale, force le nouveau gouvernement libéral de Jean Lesage à mettre sur pied une enquête sur l'institution. Le 17 août 1961, on peut lire dans *Le Devoir* les conclusions du rapport ordonné par le D<sup>r</sup> Alphonse Couturier, ministre de la Santé. Selon le comité d'enquête, la décision du rapport de 1927, qui visait à faire de l'aile D du pénitencier un hôpital psychiatrique, représente une faute majeure. Le rapport explique que l'atmosphère thérapeutique de l'hôpital n'a jamais été propice à l'objectif premier de ce centre, qui se voulait un lieu de réhabilitation <sup>27</sup>. Cette conclusion n'a rien de surprenant puisque les patients de l'Hôpital de Bordeaux ne semblent avoir bénéficié d'aucun soin approprié à leur maladie. Dans un contexte de surpopulation des institutions psychiatriques,

---

<sup>22</sup> Jean Comtois, «A la prison de Bordeaux. Malades laissés à eux-mêmes dans l'écho des pendaisons», *Vrai*, vol. 3, no 19, 5 janvier 1957, p.5.

<sup>23</sup> *Ibid.*

<sup>24</sup> Jean Comtois, «À la prison de Bordeaux. Les malades gèlent dans les cellules!», p.1.

<sup>25</sup> « Adolescent condamné à pourrir à Bordeaux », *Vrai*, vol. 3, no 35, 27 avril 1957, p.8.

<sup>26</sup> « Premières réformes à la prison de Bordeaux », p.12.

<sup>27</sup> Marcel Thivierge, « Conclusions de l'enquête de Québec sur Bordeaux. Il faut déplacer les patients et changer les conditions de travail », *Le Devoir*, 17 août 1961, p.1.

l'Hôpital de Bordeaux servait surtout d'espace supplémentaire où l'on pouvait entreposer des individus démunis pour un temps indéterminé. À la suite du rapport, on annonça en décembre 1961 sa fermeture.

Or, les répercussions du débat créé autour de la prison de Bordeaux ne se limitent pas à la fermeture de l'institution en décembre 1961. En effet, la campagne médiatique sur Bordeaux a une portée beaucoup plus large puisqu'elle vient dévoiler à quel point les institutions pénitentiaires et psychiatriques du Québec possèdent d'importantes défaillances et appartiennent à un système des plus archaïque :

La prison de Bordeaux est la honte de la province, mais l'hôpital de la prison est une honte encore plus grande. Et si, après les accusations formelles que nous avons faites au cours des dernières semaines, aucun député d'un parti ou de l'autre, ne se lève en Chambre pour réclamer une enquête, nous serons forcés de qualifier de lâches nos députés dans leur ensemble.<sup>28</sup>

#### 5.2.2 Le poste de police no 1

Dans sa croisade contre le réseau psychiatrique du Québec, le journal *Vrai* porte également son attention en janvier 1957 sur l'histoire d'une vingtaine de femmes affectées par des problèmes psychiatriques qui sont gardées au poste de police no 1. Bien qu'elles n'aient commis aucun crime, on enferme ces femmes sans famille dans des cellules en attendant de pouvoir leur trouver une place ailleurs<sup>29</sup>. Selon le journal, ces malades « dont le sort ressemble étrangement à celui que l'on faisait à certains malades mentaux en Allemagne nazie<sup>30</sup> » sont encore moins bien traitées que le seraient des animaux domestiques. Le journal déplore l'immobilisme du premier ministre Duplessis devant cette situation qui perdure depuis 1948, et ce, malgré la pétition de 6500 noms présentée par le *Montreal Council of*

---

<sup>28</sup> «Cri de désespoir des malades de l'hôpital de Bordeaux. Le scandale de l'hôpital de Bordeaux», p.7.

<sup>29</sup> Jacques Hébert, « A cause de l'incurie du procureur général. Folles enfermées dans des cages! », *Vrai*, vol. 3, no 21, 19 janvier 1957, p.1.

<sup>30</sup> V.H., « Le scandale dure depuis 9 ans! Malades mentales enfermées dans des cages, comme des bêtes, au poste numéro1 », *Vrai*, vol. 5, no 10, 20 décembre 1958, p.7.

*Women* à ce sujet. La présence de malades mentaux dans ce poste de police fait état de l'engorgement critique que connaissent les institutions psychiatriques de l'époque. En fait, cela laisse croire que les autorités en place dans le système psychiatrique sont complètement dépassées devant la pression exercée par la demande de soins en psychiatrie. Ils auraient alors perdus complètement le contrôle d'une situation qui ne faisait que s'aggraver. Le sort réservé à ces femmes en est un bon exemple :

En effet, il n'est pas rare que les hôpitaux ordinaires, qui peuvent à la rigueur traiter les névroses et les psychoses, renvoient à la prison l'agité, si l'hôpital St-Jean de Dieu ne peut lui assurer une place.<sup>31</sup>

Le journal *Vrai*, sous la plume de son fondateur Jacques Hébert et des journalistes Jean Comtois et Albert Dubreuil, a été l'un des premiers journaux à présenter un portrait scandaleux des conditions de vie vécues par les malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques du Québec. Il est porteur d'un nouveau courant de pensée qui milite en faveur d'un État fort et responsable. La révolution psychiatrique qui se déploie dans les années 1950 va s'affirmer davantage lors de la décennie suivante en s'inscrivant dans un mouvement beaucoup plus imposant avec la Révolution tranquille. Ainsi, lorsque Jacques Hébert publie son livre *Scandale à Bordeaux* en 1959, la marmite sur le feu ne bouillonne pas encore suffisamment pour permettre l'éclosion de la crise. Comme le souligne Boudreau : « c'était une année trop tôt, le public n'était pas encore prêt à répondre à l'appel du journaliste et auteur, Jacques Hébert<sup>32</sup> ».

### 5.2.3 Le livre *Les fous crient au secours* et Saint-Jean-de-Dieu

Parmi l'ensemble des scandales qui éclaboussent la pratique psychiatrique au cours de la période 1950-1962, un d'entre eux réussit véritablement à soulever l'indignation populaire. Il s'agit de la sortie en août 1961 du livre *Les fous crient au secours* de Jean-Charles Pagé dans

---

<sup>31</sup> Albert Dubreuil, « Parce qu'on manque de place dans les asiles : 14 démentes emprisonnées au poste de police no1 », p.3.

<sup>32</sup> Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, p.77.

lequel cet ex-patient raconte les atrocités qu'il a connues lors de son séjour de quelques mois à Saint-Jean-de-Dieu.

#### 5.2.3.1 Le livre

Dans son livre, Pagé dresse un portrait de la vie quotidienne à l'intérieur des murs de l'hôpital psychiatrique qu'il a fréquenté entre 1960 et 1961. On y apprend qu'à Saint-Jean-de-Dieu, les malades marchent au rythme d'un régime dictatorial dans lequel la sœur impose ses lois et ses punitions pour mater les récalcitrants. Le patient, traité en enfant par les religieuses, doit se vêtir d'un uniforme ridicule qui ne fait qu'accentuer la stigmatisation du malade. Ainsi, l'ex-patient affirme qu'un séjour à Saint-Jean-de-Dieu fait perdre au malade le peu qui lui reste de dignité et de confiance en lui<sup>33</sup>. Devant ce constat, l'ancien patient s'interroge:

Les hôpitaux pour chiens auraient-ils plus d'égards pour leurs sujets que Saint-Jean-de-Dieu n'en a pour des humains?<sup>34</sup>

Tout au long du récit, Pagé ne cesse de comparer le sort réservé au malade mental avec celui du prisonnier et du criminel. Alors que l'ex-prisonnier bénéficie de l'aide d'organismes visant à faciliter sa réintégration sociale, aucun service de placement n'est mis à la disposition du patient psychiatrique à sa sortie de l'hôpital<sup>35</sup>. Le fou apparaît donc comme le grand oublié de la société. Le malade, interné pour une durée indéterminée, est souvent abandonné par ses proches.

Le livre fait des révélations sur les conditions dégradantes que vivent les centaines de patients de l'institution psychiatrique. L'auteur raconte que, pour bénéficier du système de privilèges instauré par les religieuses, les malades doivent travailler pour un salaire dérisoire

---

<sup>33</sup> Jean-Charles Pagé, *Les fous crient au secours*, Montréal, Les Éditions du Jour, 1961, p. 25-47.

<sup>34</sup> *Ibid*, p.79.

<sup>35</sup> *Ibid*, p. 135.

à l'hôpital. Le travail est attribué de manière aléatoire, ce qui contrevient entièrement au modèle de la thérapie d'occupation prôné par la communauté psychiatrique. La thérapeutique d'occupation vise à stimuler le malade par une activité désignée en fonction d'un diagnostic précis. Ainsi, Saint-Jean-de-Dieu apparaît comme une institution d'une autre époque. D'ailleurs, Pagé estime que l'établissement ne met pas à profit des patients les nouvelles méthodes thérapeutiques en vogue. En plus d'être mal nourrie, la majorité des malades ne bénéficie d'aucun traitement<sup>36</sup>. Le témoignage de l'ex-patient ne fait alors que corroborer davantage les critiques apportées par les médias et certains psychiatres qui dénoncent le manque de suivi thérapeutique dans les hôpitaux psychiatriques. Peu de temps après son arrivée, un patient s'empresse même de faire comprendre à Pagé les étapes d'un séjour à Saint-Jean-de-Dieu :

Dès notre arrivée, le docteur nous fait passer un examen médical, puis le psychiatre établit un diagnostic. Par la suite, nous recevons quelque traitement approprié à notre maladie : insuline, électrochocs ou cure du sommeil. Ensuite... rien ne suit. On nous range sur des tablettes et nous devenons des statues, assagis avec le temps, des reliques poussiéreuses<sup>37</sup>.

L'ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu ne se contente pas de critiquer le réseau psychiatrique et termine son livre en faisant certaines suggestions. Ce n'est pas l'abolition des institutions psychiatriques que Pagé propose, mais plutôt une réforme de ces établissements afin qu'ils deviennent de véritables lieux de traitement *ouvert*. Dans cette optique, Pagé suggère de séparer les patients qui reçoivent des traitements des autres malades de l'hôpital et d'augmenter le nombre de salles de traitement. De plus, ces salles tiendraient compte à l'avenir du diagnostic du patient. Enfin, il conseille l'établissement de services, tels une clinique externe et un bureau de placement, qui faciliteraient la réinsertion du patient dans la communauté. Ainsi, les lacunes observées par Pagé rejoignent une fois de plus celles dénoncées par la nouvelle génération de psychiatres à la même époque :

---

<sup>36</sup> *Ibid*, p.29-139.

<sup>37</sup> *Ibid*, p.43.

Il est très urgent que Saint-Jean-de-Dieu cesse d'être un asile dans le style du Moyen Age et devienne enfin un hôpital où l'on soignerait les malades selon les données les plus récentes de la science.<sup>38</sup>

Le livre *Les fous crient au secours* dénonce les abus de pouvoir des religieuses dans un système psychiatrique archaïque et despotique. Son message évoque les débuts d'un nouveau courant social qui remet en question le rôle de l'Église dans les sphères d'activités autres que religieuses. Selon Pagé, limités dans leurs fonctions et responsabilités, les psychiatres possèdent peu d'options : accepter la situation présente ou démissionner de l'institution :

Ils sont commandés par l'éminence grise qui fait exécuter les ordres émanant des autorités toutes-puissantes : les religieuses.<sup>39</sup>

Bien que dénonciatrices, les confidences de l'ex-patient ne sont pas si surprenantes pour un lecteur d'aujourd'hui. En effet, dans le contexte asilaire, le rapport de force qui s'est établi entre les dominants et les dominés repose souvent sur un principe d'intimidation, de supercherie et de dépersonnalisation. D'après le tableau dressé par Pagé, les motivations économiques semblent donc primer sur les soucis thérapeutiques à Saint-Jean-de-Dieu et ce, malgré les progrès immenses réalisés dans le traitement des maladies mentales.

Évidemment, il faut demeurer prudent à l'égard d'une source aussi critique envers le système psychiatrique en place. Il est clair que les religieuses ne portent pas seules le fardeau de la faute. D'autres intervenants ont également une responsabilité face aux abus engendrés par le système asilaire. Plusieurs psychiatres ont accepté d'œuvrer dans ce contexte institutionnel sans y être contraints. Néanmoins, le livre de Pagé permet de lever le voile sur la situation qui règne dans les asiles du Québec. Il démontre à quel point l'intégration concrète des nouveaux discours théoriques dans la pratique peut s'avérer longue et ardue. Mais ce n'est qu'un début...

---

<sup>38</sup> *Ibid*, p.137.

<sup>39</sup> *Ibid*, p.113.

### 5.2.3.2 Les réactions

Dès le lendemain de son lancement, le 16 août 1961, le livre *Les fous crient au secours* fait la manchette des grands quotidiens<sup>40</sup>. Pour Dorvil, cette importante couverture médiatique est d'une importance capitale puisqu'elle est à l'origine de la propagation du cri d'alarme de Pagé au sujet du traitement offert aux patients en institution, en particulier à Saint-Jean-de-Dieu<sup>41</sup>. Ainsi vient d'éclater ce que plusieurs considèrent comme « l'un des événements sociaux les plus importants de notre temps dans cette province<sup>42</sup> ». Le dépouillement des articles permet de constater toute l'influence du livre de Pagé dans la croissance fulgurante du mouvement contestataire à partir d'août 1961. En effet, dans le Québec catholique de l'époque, la critique cinglante de Pagé à l'égard de l'Église ne pouvait que créer une polémique au sein de la société. Bref, le livre *Les fous crient au secours* propose un discours d'avant-garde et s'imbrique dans un mouvement de décléricalisation des structures de la société au profit d'une intervention accrue du gouvernement.

Les dénonciations faites par Pagé sur Saint-Jean-de-Dieu ont pour conséquence d'amener non seulement les médias, mais également l'opinion publique à s'intéresser davantage aux conditions d'internement des malades mentaux. Un article publié le 23 août 1961 dans le journal *Le Devoir* dénonce le fait que l'hôpital aurait amassé un surplus d'un million de dollars au cours de l'année 1959. Cette étonnante révélation soulève un questionnement : comment les institutions psychiatriques peuvent-elles, avec une subvention si peu généreuse, réussir à faire autant de profits?

Au moment même où de nombreux psychiatres et médecins songent à organiser une offensive de masse sur le gouvernement en vue d'obtenir une allocation supérieure aux ridicules \$2.75 pour chaque malade mental, au moment même où la population tout entière s'apprête déjà à sympathiser avec les institutions psychiatriques qui se plaignent de ne pas recevoir des autorités gouvernementales tout le soutien nécessaire à la poursuite

---

<sup>40</sup> Michel Roy, «Les fous crient au secours!», *Le Devoir*, 16 août 1961, p.1.

<sup>41</sup> Dorvil, *Histoire de la folie dans la communauté*, p.226.

<sup>42</sup> Michel Roy, «Les fous crient au secours!», p.1.



de leur œuvre, cette information apparaît de nature à ébranler l'une des plus importantes institutions de la province et la confiance que la population était en droit de mettre en elle.<sup>43</sup>

Le journaliste du *Devoir*, Mario Cardinal, déplore le fait qu'à Saint-Jean-de-Dieu, le travail exécuté par les nombreux pensionnaires de l'établissement semble contribuer largement à réduire les dépenses de l'institution. Le transfert d'un patient habile pour le travail à l'hôpital vers un autre établissement ou la réintégration de ce dernier dans la communauté apparaît alors comme une perte considérable pour les administrateurs. Un psychiatre, resté anonyme, témoigne :

Une fois encagé, l'aliéné mental devient un numéro que la société regrette un moment puis oublie et que la majorité des institutions empêchent de mourir parce qu'il signifie \$2.75 à chaque jour.<sup>44</sup>

Devant ce tollé de protestations, les membres du milieu syndical ne restent pas muets et choisissent de monter aux barricades. L'article « La FTQ : négligence grave du gouvernement Lesage au sujet de Saint-Jean-de-Dieu », publié le lendemain de celui de Mario Cardinal, soit le 24 août 1961, présente la réaction du président de la Fédération des travailleurs du Québec, Roger Provost. Ce dernier dénonce la responsabilité du gouvernement, notamment celle du ministre de la Santé, le D<sup>r</sup> Alphonse Couturier, au sujet des conditions de vie et de travail inhumaines que subissent les malades à Saint-Jean-de-Dieu. C'est à vrai dire une intervention accrue de l'État dans le réseau psychiatrique que souhaite le président de la FTQ. La centrale syndicale se révolte devant les profits amassés par cet hôpital psychiatrique. Enfin, la FTQ reproche au gouvernement Lesage de ne pas avoir donné écho aux suggestions émises le 4 novembre 1960 par six associations de citoyens qui proposaient la création d'une étude officielle sur les besoins du réseau psychiatrique de la province<sup>45</sup>. Cette montée aux barricades d'associations regroupant plus de 1 400 000

---

<sup>43</sup> Mario Cardinal, «Saint-Jean-de-Dieu aurait réalisé un profit d'un million en 1959!», *Le Devoir*, 23 août 1961, p.1.

<sup>44</sup> *Ibid*, p.2.

individus montre l'intérêt que porte la population aux conditions d'internement des malades psychiatriques, notamment depuis la sortie du livre *Les fous crient au secours*. Or, il faut demeurer prudent ici. En effet, l'implication des citoyens dans le mouvement de révolte face aux scandales publiés ne veut pas dire pour autant que ces personnes souhaitent voir les malades retourner dans la société. Néanmoins, il semble que la volonté de l'opinion publique de procéder à une réforme du système psychiatrique a précédé l'intervention de l'État en cette matière.

Tout comme son homologue de la FTQ, le président du Conseil central des syndicats nationaux de Montréal, Jean Marchand, s'insurge également au sujet du salaire ridiculement bas accordé aux malades qui travaillent à Saint-Jean-de-Dieu. Selon un article paru le 30 août 1961, la CSN attribue une partie de la responsabilité aux autorités, mais jette avant tout le blâme sur le comportement passif de la population à l'égard des malades mentaux<sup>46</sup>. De plus, la centrale syndicale exige la révision complète de l'ensemble des dossiers des malades logés dans les institutions psychiatriques de Montréal. Cette résolution, proposée par Michel Chartrand, vise à s'assurer que personne ne soit gardé de façon illégale dans ces établissements. Les délégués syndicaux exigent également la destitution des directeurs de Saint-Jean-de-Dieu et militent afin que la gestion financière des établissements psychiatriques ne se retrouve plus sous l'autorité des religieuses<sup>47</sup>. La présence de l'Église au Québec dans des secteurs qui n'ont rien à voir avec la religion est de plus en plus remise en doute au profit d'une appropriation du contrôle des institutions hospitalières par les professionnels de la santé.

Ainsi, les syndicats prennent part de manière active au débat en faisant des déclarations sur la place publique. Ils se rallient à la campagne médiatique menée contre les institutions

---

<sup>45</sup> « La FTQ : négligence grave du gouvernement Lesage au sujet de Saint-Jean-de-Dieu », *Le Devoir*, 24 août 1961, p.1.

<sup>46</sup> « Psychiatres et syndicats lancent un dramatique appel : L'état des hôpitaux psychiatriques dans la province de Québec », *Le Devoir*, 30 août 1961, p.2.

<sup>47</sup> « Il faudrait revoir un à un le dossier de tous les malades des hôpitaux psychiatriques » *Le Devoir*, 14 septembre 1961, p.3.

psychiatriques de la province alors que l'intensité de l'indignation populaire est à son comble.

Dans la même mouvance que les déclarations publiques faites par la CSN et la FTQ sur le sort des malades mentaux, trente-neuf psychiatres de Montréal s'unissent pour signer un manifeste afin d'inciter les personnes en autorité à agir dans l'immédiat sur les conditions du réseau psychiatrique de la province. Parmi les signataires mentionnons d'illustres psychiatres, tels que D<sup>r</sup> Jean-Marc Bordeleau, D<sup>r</sup> Camille Laurin, D<sup>r</sup> Denis Lazure, D<sup>r</sup> Pierre Lefebvre, D<sup>r</sup> Roger R. Lemieux et D<sup>r</sup> Gilles Lortie<sup>48</sup>. Dès lors, la marche vers la réforme s'enclenche. L'évènement entourant la présentation de ce manifeste occupe la première page de *La Presse* et du *Devoir*<sup>49</sup>. Ce manifeste démontre aux autorités gouvernementales l'existence d'une coalition au sein du milieu psychiatrique qui, en prenant d'avantage d'ampleur, pourrait s'avérer menaçante éventuellement.

Le livre *Les fous crient au secours* représente sans aucun doute l'un des principaux éléments déclencheurs de l'apogée de la révolution psychiatrique dans les années 1960. D'après Pigeon<sup>50</sup>, Pagé représente «le porte-parole des hommes sans voix qu'il a coudoyés pendant plusieurs mois<sup>51</sup>». Selon ce journaliste, le réseau psychiatrique québécois «a 65 ans de retard<sup>52</sup>» comparativement à ceux qu'on retrouve dans les sociétés les plus avant-gardistes en psychiatrie, notamment la France et l'Allemagne. On reproche aux institutions aussi gigantesques que Saint-Jean-de-Dieu et Saint-Michel-Archange d'être issues d'une autre

---

<sup>48</sup> « Psychiatres et syndicats lancent un dramatique appel : L'état des hôpitaux psychiatriques dans la province de Québec », p.1-2.

<sup>49</sup> Jacques Pigeon, « Des malades mentaux longtemps oubliés à St-Jean-de-Dieu trouvent un foyer », *La Presse*, 30 août 1961, p.1; « Psychiatres et syndicats lancent un dramatique appel : L'état des hôpitaux psychiatriques dans la province de Québec », p.1-2.

<sup>50</sup> Jacques Pigeon. D'abord journaliste à *La Presse*, il a poursuivi une carrière de plus de vingt ans au gouvernement du Québec.

<sup>51</sup> Jacques Pigeon, « Cauchemar : Une année chez les fous... », *La Presse*, 16 août 1961, p.1.

<sup>52</sup> Jacques Pigeon, « Notre système a 65 ans de retard », *La Presse*, 30 août 1961, p.1.

époque et de contrevenir au nouveau modèle psychiatrique qui suggère une réduction de la taille des établissements afin qu'ils ne dépassant pas 150 lits<sup>53</sup>.

Pourtant, on l'a vu, bien avant le livre de Pagé, de nombreux spécialistes avaient dénoncé la situation alarmante du réseau psychiatrique au Québec. Plusieurs articles avaient également été publiés dans le journal *Vrai* au cours des années 1955-1957 sur les institutions psychiatriques « comme Saint-Jean-de-Dieu, qui ne sont en fait que des prisons où sont entassés des malades mentaux qui ne reçoivent souvent aucun soin médical<sup>54</sup> ». En majorité, les articles dénoncent le manque de suivi thérapeutique sérieux dont sont victimes les patients. Or, le nouveau discours optimiste du milieu psychiatrique soutient qu'avec l'aide d'un programme de traitements rigoureux, près du tiers des patients aurait pu déjà quitter l'enceinte de l'institution<sup>55</sup>. L'absence d'un personnel qualifié et assigné à cette démarche thérapeutique semble expliquer une partie du problème :

L'absence d'une direction médicale compétente, ou, du moins, de moyens correspondant aux exigences de l'hôpital, éclate un peu plus chaque jour, au fur et à mesure qu'augmente le nombre de malades (St-Jean est déjà plein à craquer) et que diminue celui des médecins.<sup>56</sup>

On s'insurge également devant le caractère clos de l'institution que l'on peut comparer à celui d'un pénitencier :

Il est manifeste, par exemple, que Saint-Jean-de-Dieu comporte à peu près tous les « à ne pas faire » énumérés récemment par le Conseil des recherches de la Société nationale pour l'Hygiène mentale : centralisation exagérée, complexe caserne, méthodes retardataires, absence de traitement individuel (et pour cause).<sup>57</sup>

---

<sup>53</sup> *Ibid.*

<sup>54</sup> Hébert, « A cause de l'incurie du procureur général. Folles enfermées dans des cages! », p.4.

<sup>55</sup> « L'hôpital où on ne soigne pas. "Saint-Jean-de-Dieu" est un enfer ! », *Vrai*, vol.2, no 32, 26 mai 1956, p.10.

<sup>56</sup> *Ibid.*

<sup>57</sup> *Ibid.*

Bien avant de publier le livre de Pagé, les Éditions du Jour avaient reçu des propositions semblables venant d'ex-patients de Saint-Jean-de-Dieu ou de Saint-Michel-Archange. Toutefois, selon Jacques Hébert, directeur de cette maison d'édition, Pagé aurait finalement été sélectionné pour sa retenue, « sa pondération et de son évidente bonne foi <sup>58</sup> ». C'est donc à travers les mots de Pagé que les internés de Saint-Jean-de-Dieu vont se faire entendre. Selon le D<sup>r</sup> Pierre Laberge, le fait que l'éclosion du débat au sein de la société repose sur la publication d'un livre rédigé par un ex-patient et publié par un éditeur réformiste révèle la présence d'une situation *symptomatique*. En tant qu'ex-interne de Saint-Michel-Archange, le D<sup>r</sup> Laberge se demande pour quelles raisons un psychiatre comme lui n'a pas eu la même détermination que celle de Pagé pour raconter sa difficile expérience dans cette institution :

J'ai quitté ce mastodonte avec un souvenir pénible, qui vient encore hanter mes nuits, celui de ne pas pouvoir déambuler dans une salle sans avoir à détacher de moi une horde de patients s'agrippant à mon passage et me demandant une aide que je n'étais pas capable de leur donner. <sup>59</sup>

Ce n'est pas la première fois que le témoignage d'un ex-malade marque l'histoire de la psychiatrie et réussit à sensibiliser l'opinion publique au sort réservé aux malades mentaux. Déjà en 1908, Clifford Beers, un ingénieur du Connecticut interné pour cause de désordre mental, avait écrit *A Mind That Found Itself*<sup>60</sup>. Dans son livre, Beers dresse un portrait sombre de son séjour dans quelques institutions psychiatriques américaines. L'émoi créé par ses dénonciations-chocs avait amené Beers à jouer un rôle de premier plan au début du XX<sup>e</sup> siècle dans l'évolution des soins psychiatriques aux États-Unis. Selon le D<sup>r</sup> Laurin, les mots de Beers « firent plus pour améliorer l'organisation des hôpitaux psychiatriques américains que l'effort conjugué de tous les corps professionnels <sup>61</sup> ». Il existe donc ici un parallèle intéressant entre la portée du discours de Pagé dans la réforme psychiatrique au Québec au

<sup>58</sup> Pigeon, « Cauchemar : Une année chez les fous... », p.1.

<sup>59</sup> Laberge, « Le point de vue d'un psychiatre », p.21.

<sup>60</sup> Clifford Whittingham Beers, *A mind that found itself*, Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1981, 205 p.

<sup>61</sup> Camille Laurin, « La maladie mentale : un défi à notre conscience collective », in *Les fous crient au secours*, Jean-Charles Pagé, Montréal, Éditions du Jour, p.143.

début des années 1960 et l'influence du témoignage de Beers au début du XX<sup>e</sup> siècle aux États-Unis. La portée des dénonciations de Pagé repose avant tout sur le fait que son message a réussi à toucher l'opinion publique et à la rendre plus sensible à la cause des malades mentaux. De plus, il ne faut pas oublier que son message a un effet médiatique certain dans un contexte où le sentiment d'effervescence dans la société québécoise en général est déjà à un niveau élevé.

Selon Laurent Bouliane, ex-patient de l'Institut Albert-Prévost, le témoignage de Pagé incite à une sérieuse remise en question du système en place :

Le témoignage de cet ex-patient mental a suscité des réactions heureuses : nécessité pour les autorités administratives des hôpitaux psychiatriques d'affronter le jugement populaire, prises de position de psychiatres, création du Comité d'enquête sur les institutions psychiatriques de la province de Québec, intérêt et prise de conscience par le public québécois de sa responsabilité envers son concitoyen, le malade mental.<sup>62</sup>

Si plusieurs applaudissent la bravoure de Pagé, il ne faut pas croire que son message se diffuse sans heurts. En effet, avec les accusations que porte l'ex-patient envers le clergé, il faut bien s'attendre à une réplique. Ainsi, un mois après la sortie du livre, soit le 12 septembre 1961, les membres de l'Association des dames auxiliaires de Saint-Jean-de-Dieu<sup>63</sup> convoquent une conférence de presse au cours de laquelle elles accusent Pagé d'avoir fait de fausses allégations au sujet des religieuses de la congrégation des Sœurs de la Providence.

L'Association des dames auxiliaires de Saint-Jean-de-Dieu va donc défendre sur la place publique les religieuses de Saint-Jean-de-Dieu, qui sont les principales cibles de Pagé dans son livre. On apprend dans le compte-rendu de la conférence publié dans le *Devoir* du 13 septembre 1961 que, pour ces dames, le seul élément positif de la publication du livre est d'amener le gouvernement à porter un intérêt au sort des hôpitaux psychiatriques dans la province. À leur avis, il est tout à fait gratuit d'accuser les religieuses de vouloir garder à tout

---

<sup>62</sup> Laurent Bouliane, «L'opinion d'un ex-patient», *Cité libre*, vol. 13 no 48, juin-juillet 1962, p.9.

<sup>63</sup> La création de l'Association des Dames Auxiliaires de Saint-Jean-de-Dieu remonte à 1956 et comptait alors qu'une vingtaine de dames.

prix les patients à Saint-Jean-de-Dieu, d'autant plus que l'hôpital a déjà une longue liste d'attente en suspend. Enfin, l'Association juge également injustifiée la campagne médiatique menée contre les institutions psychiatriques du Québec étant donné que cette campagne aurait en définitive pour effet de faire diminuer les dons du public destinés aux malades de l'hôpital<sup>64</sup> :

Il y a, certes, des progrès à faire comme partout ailleurs, reconnaissent cependant les auxiliaires. Si l'administration avait des moyens financiers plus considérables, elle pourrait procéder à des améliorations. Mais depuis une dizaine d'années le régime de l'hôpital s'est sensiblement amélioré et les faits relatés par M. Pagé sont faux du début à la fin. Il n'y a rien d'exact dans ce qu'écrit cet ancien malade.<sup>65</sup>

Au lendemain de la publication de la conférence de l'Association des dames auxiliaires de Saint-Jean-de-Dieu, le *Devoir* publie une lettre de Pagé dans laquelle il donne une réplique aux allégations des dames. L'ex-patient n'a d'autre choix que de répondre à ces commentaires afin de réhabiliter sa réputation et celle de son livre. Pagé réaffirme son point de vue en insistant sur le fait qu'il est bien plus facile pour l'administration de s'occuper d'un malade résidant à Saint-Jean-de-Dieu depuis longtemps que de prendre en charge un nouveau venu qui nécessite davantage de soins. Enfin, l'ex-patient se défend de n'avoir jamais remis en doute le sacrifice fait par les religieuses qui oeuvrent à Saint-Jean-de-Dieu. Il explique :

Je me plais à croire que le ton accusateur dont elles font preuve, provient davantage de leur ignorance de ce qui se passe à cet hôpital, que de leur mauvaise volonté.<sup>66</sup>

Le débat entre l'Association des dames auxiliaires de Saint-Jean-de-Dieu semble se terminer avec l'article de l'ex-patient. Curieusement, aucun autre article ne semble avoir été écrit à nouveau pour défendre les Sœurs de la Providence. De plus, on ne connaît pas la réaction de cette communauté face aux allégations de Pagé.

---

<sup>64</sup> «Les dames auxiliaires de Saint-Jean-de-Dieu contre-attaquent : Les malades n'ont jamais vécu un enfer! », *Le Devoir*, 13 septembre 1961, p.3.

<sup>65</sup> *Ibid.*

<sup>66</sup> Jean-Charles Pagé, « M. J.-C. Pagé lance un défi aux auxiliaires de St-Jean-de-Dieu, *Le Devoir*, 14 septembre 1961, p.3.

Jusqu'à aujourd'hui, il s'est vendu un nombre impressionnant d'exemplaires de cet ouvrage, soit plus de 40 000 copies, ce qui confirme la portée de son message<sup>67</sup>. Le journal *La Presse* rapporte qu'un patient de Saint-Jean-de-Dieu aurait passé trois jours dans une cellule pour avoir lu le livre de Pagé. Il semble que, dans certaines salles de l'hôpital, *Les fous crient au secours* est considéré comme un livre à l'Index. La position de l'Église n'a rien de surprenant puisque le livre de Pagé offre un portrait sombre du travail des religieuses à Saint-Jean-de-Dieu. Toutefois, selon *La Presse*, depuis la publication du livre, l'hôpital se serait « empressé de mettre du papier de toilette à la disposition des malades... ça ne s'était jamais vu. Autrefois le papier-journal était de rigueur...<sup>68</sup> »

### 5.2.3.3 La postface

La sortie du livre *Les fous crient au secours* a donc pour effet immédiat de déclencher une importante agitation dans la société québécoise, ce qui explique le grand intérêt porté par l'historiographie québécoise de la folie à cet ouvrage. D'après Wallot, la crédibilité du livre repose en partie sur la postface intitulée « La maladie mentale : un défi à notre conscience collective ». Dans cette postface, son auteur, le psychiatre D<sup>r</sup> Camille Laurin<sup>69</sup>, fait état de l'étendue des besoins à combler en psychiatrie<sup>70</sup>. Au moment de la rédaction de la postface, le D<sup>r</sup> Laurin est déjà un personnage influent dans le milieu psychiatrique. Directeur scientifique de l'Institut Albert-Prévost et professeur titulaire à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, le jeune psychiatre est un grand défenseur de la psychiatrie moderne<sup>71</sup>. Formé à l'étranger et porteur d'idées nouvelles, il incarne le mouvement de renouveau en psychiatrie.

---

<sup>67</sup> Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, p.73.

<sup>68</sup> Pigeon, « Des malades mentaux longtemps oubliés à St-Jean-de-Dieu trouvent un foyer », p.1.

<sup>69</sup> Dr. Camille Laurin (1922-1999) connaît une grande carrière politique au Québec à partir des années 1970.

<sup>70</sup> Hubert A. Wallot, *La danse autour du fou*, Beauport, Publications MHN, 1998, p.189.

<sup>71</sup> Boudreau, «La psychiatrie québécoise depuis 1960: de structure en structure, la loi du plus fort est-elle toujours la meilleure?», p.30.



Dans la postface, le D<sup>r</sup> Laurin résume la situation alarmante que connaît le réseau psychiatrique québécois au début des années 1960 : taux d'hospitalisation élevé, hôpitaux surpeuplés, pénurie de personnel, allocation quotidienne minime, absence de moyens pour faciliter la réintégration sociale des internés, etc. Il déplore le maintien au Québec d'un système psychiatrique désuet dans lequel le psychiatre apparaît comme un « visiteur<sup>152</sup> ». Selon le D<sup>r</sup> Laurin, cette situation incombe aux gouvernements du Québec qui se sont succédés ainsi qu'à « l'incapacité pour la société de reconnaître vraiment pour sien le malade mental<sup>72</sup> » :

Si les familles et l'État pensent à se protéger de l'aliéné plus qu'à le traiter, il n'en peut être autrement des administrateurs qui les représentent.<sup>73</sup>

Le D<sup>r</sup> Laurin rappelle que le domaine de la psychiatrie a grandement évolué au cours de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle : « Durant les cinquante dernières années, nous avons déjà plus appris sur la nature, les causes et le traitement des maladies mentales que durant tous les siècles précédents<sup>74</sup> ». En effet, la communauté psychiatrique internationale connaît une période de grande effervescence. Congrès mondiaux, recherches, méthodes de détection précoce de la maladie, évolution des traitements biologiques et psychologiques, développement de nouvelles approches, sont des thèmes à l'ordre du jour qui permettent d'« espérer réduire, sinon arrêter, ce fléau des temps modernes que constitue la maladie mentale<sup>75</sup> ». L'avenir est donc fort prometteur pour les malades mentaux selon ce jeune médecin empreint d'un optimisme débordant.

C'est donc une véritable appropriation des soins aux aliénés par les médecins que souhaite le D<sup>r</sup> Laurin. Selon lui, pour atteindre cet objectif suprême, la communauté psychiatrique du Québec se doit de suivre l'exemple des autres pays qui ont déjà procédé à

---

<sup>72</sup> Laurin, « La maladie mentale : un défi à notre conscience collective », p.152.

<sup>73</sup> *Ibid*, p.151.

<sup>74</sup> *Ibid*, p.145.

<sup>75</sup> *Ibid*, p.146.

une réorganisation complète de leur système psychiatrique. Ainsi, le besoin d'une réforme des institutions psychiatriques s'impose :

Il ne suffit pas pour cela de donner le nom plus noble d'hôpital psychiatrique à l'ancien asile. Il faut qu'à ce nouveau nom corresponde une réalité nouvelle, qui permette à la science psychiatrique de produire tous ses fruits.<sup>76</sup>

En écrivant cette postface, le D<sup>r</sup> Laurin vient cautionner le message de Pagé bien que ses accusations soient nettement plus modérées que celles de l'ex-patient, notamment à l'égard du travail des religieuses. Par son message, le D<sup>r</sup> Laurin a voulu que soit « donné le ton sur lequel la jeune psychiatrie entendait situer le débat<sup>77</sup> ».

### 5.3 Le Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques

Il apparaît inconcevable d'étudier la révolution psychiatrique au Québec en omettant de faire référence à la Révolution tranquille des années 1960. Sans tomber dans l'histoire mythique, il reste qu'il faut attribuer à cette période un impact crucial dans la construction de la société québécoise. Cette Révolution tranquille, bien que particulière au contexte québécois, puise ses racines dans une conjoncture occidentale beaucoup plus large où prédomine un vent de changement sur les plans sociopolitique et économique<sup>78</sup>.

Au Québec, c'est avec le slogan *Il faut que ça change* que le Parti libéral de Jean Lesage remporte les élections provinciales le 22 juin 1960 face à l'Union nationale en deuil de son chef Maurice Duplessis. Le nouveau parti au pouvoir propose un programme visant à moderniser l'économie du Québec pour l'adapter aux demandes du système capitaliste contemporain. Souhaitant faire du Québec une société moderne, les libéraux vont encourager l'émergence d'une technocratie québécoise. Dans cette optique, l'équipe Lesage s'emploie

---

<sup>76</sup> *Ibid*, p.153.

<sup>77</sup> P.L., « Présentation » *Cité libre*, vol. 13, no 48, juin-juillet 1962, p.1.

<sup>78</sup> Paul-André Linteau, René Durocher, Jean-Claude Robert, François Ricard, *Histoire du Québec contemporain*, tome 2, Montréal, Boréal, 1989, p.90.

activement à l'instauration de nouvelles mesures afin de favoriser le développement social, notamment avec la démocratisation de l'instruction et la prise en charge de la santé. Recevant l'appui des milieux intellectuels, le parti s'engage dans une lutte contre ce que Wallot appelle « l'autocratie cléricale <sup>79</sup> », qui est jusqu'alors omniprésente dans la sphère publique. Selon Wallot, la publication du livre-choc *Les insolences du frère Untel*<sup>80</sup> en 1960, qui s'attaque au pouvoir cléricale dans le domaine de l'enseignement, vient appuyer le gouvernement dans ses démarches de démocratisation du milieu de l'éducation et des services publics<sup>81</sup>. Le 9 mars 1962, le journaliste André Laurendeau annonce dans *Le Devoir* une augmentation phénoménale du budget provincial qui dorénavant représentera plus d'un milliard de dollars<sup>82</sup> : « A eux seuls, les ministères de la jeunesse et de la santé enregistrent des augmentations de \$95 millions<sup>83</sup> ». Le gouvernement de Lesage vient de se donner les moyens financiers lui permettant de passer à l'action.

La révolution psychiatrique des années 1960 s'inscrit également dans la montée des idées keynésiennes et de l'État-providence. Dans ce contexte, l'État devient l'organe d'action par lequel se traduit toute l'impulsion du mouvement. La nouvelle génération de psychiatres qui cherchaient à se faire écouter au cours des années 1950 va trouver écho au sein du gouvernement Lesage. D'après Dorvil, « dans toute société, les malades mentaux sont considérés comme des otages<sup>84</sup> ». Par conséquent, leurs conditions de vie sont grandement affectées par les bouleversements sociaux que vit leur société. Selon le sociologue, il semble évident que la psychiatrie ne peut qu'être ébranlée au cours de cette période de remise en question des fondements mêmes de la société québécoise<sup>85</sup>.

---

<sup>79</sup> Wallot, *La danse autour du fou*, p.182.

<sup>80</sup> Jean-Paul Desbiens, *Les insolences du frère Untel*, Montréal, Éditions de l'homme, 1960, 158p.

<sup>81</sup> Wallot, *La danse autour du fou*, p.182.

<sup>82</sup> André Laurendeau, « Plus d'un milliard pour le Québec », *Le Devoir*, 9 mars 1962, p.4.

<sup>83</sup> *Ibid.*

<sup>84</sup> Dorvil, *Histoire de la folie dans la communauté*, p.23.

<sup>85</sup> *Ibid.*

Aux États-Unis, les revendications de différents milieux pour une réforme du système psychiatrique s'ouvrent sur de nombreuses négociations politiques qui aboutissent à l'adoption du *Mental Health Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act* en 1963. Instituées par le président Kennedy, cette loi et celles qui la suivront témoignent d'une véritable volonté de la part du gouvernement central de mettre de l'avant la pratique communautaire aux États-Unis. Le gouvernement fédéral a voulu encourager les États américains à prendre la voie de la désinstitutionnalisation par la mise sur pied d'une série de lois visant à réintégrer des patients au sein de la communauté. Yves Lecomte démontre toute l'importance de l'impulsion donnée par le gouvernement fédéral américain dans la mise sur pied de cette nouvelle politique de soins en santé mentale<sup>86</sup>. Au Québec aussi, le temps des réformes semble venu.

### 5.3.1 La mise en place de la Commission Bédard

Avec la publication du livre *Les fous crient au secours*, le Collège des médecins et chirurgiens n'a d'autre choix que de s'interroger sur le sort réservé aux malades mentaux internés au Québec. Puis, les membres du Collège invitent le ministre de la Santé à répondre aux suggestions émises par l'Association des Psychiatres du Québec dans un document remis en avril 1961. Ce document insiste sur l'importance d'offrir un soutien communautaire au malade mental et d'accorder un traitement similaire à celui que reçoit tout autre malade<sup>87</sup>.

L'ampleur prise par la campagne médiatisée menée contre les hôpitaux psychiatriques, propulsée par le livre de Pagé, force le gouvernement provincial libéral à agir. Le parti de Lesage, au pouvoir depuis peu de temps, ne peut se permettre de rester passif devant la situation qui se trouve au bord de la crise, et ce, même si cela doit certainement devancer les plans de ce gouvernement. Près d'un mois après la publication du livre de Pagé, le ministre de la Santé, le D<sup>r</sup> Alphonse Couturier, annonce donc publiquement, le 8 septembre 1961, la

---

<sup>86</sup> Yves Lecomte, «Le processus de désinstitutionnalisation aux États-Unis (première partie)», *Santé mentale au Québec*, vol. XIII, no 1, p.37-39.

<sup>87</sup> Rapport Bédard, Ministère de la Santé, *Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, Dominique Bédard, Denis Lazure, Charles A. Roberts, Québec, Éditeur officiel, 1962, p.1-2.

mise sur pied d'une enquête sur le réseau psychiatrique de la province. Le lendemain de l'annonce, soit le 9 septembre 1961, la nouvelle fait la manchette des grands quotidiens<sup>88</sup>. La Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques est formée de trois psychiatres, à savoir les D<sup>rs</sup> Dominique Bédard<sup>89</sup>, de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, Denis Lazure<sup>90</sup>, de l'Hôpital Sainte-Justine, et Charles A Roberts, du *Verdun Protestant Hospital*. Le D<sup>r</sup> Couturier explique le choix de ces nominations:

Tous trois spécialistes en psychiatrie, ils connaissent à fond l'organisation de l'assistance psychiatrique hospitalière, les modalités d'hospitalisation des malades mentaux, les techniques thérapeutiques et les problèmes juridiques et administratifs particuliers à ce domaine étendu de la médecine.<sup>91</sup>

Une partie des coûts encourus par les travaux de la commission sera défrayée grâce à une subvention fédérale de 19 800 dollars pour l'hygiène mentale destinée au Ministère de la Santé du Québec<sup>92</sup>. Dans une lettre adressée aux autorités relevant du Ministère de la Santé, le ministre D<sup>r</sup> Couturier présente les objectifs visés par la commission :

Cette Commission a été chargée d'étudier la situation qui prévaut dans les institutions psychiatriques de la Province et d'en préciser les lacunes et les besoins, car il est dans les intentions du Ministère de la Santé d'établir un programme de traitements qui réponde davantage aux besoins des malades mentaux.<sup>93</sup>

---

<sup>88</sup> «Comité d'enquête sur les hôpitaux psychiatriques», *La Presse*, 9 septembre 1961, p.1-2.

<sup>89</sup> Dr. Dominique Bédard (1922-2005). Après le dépôt du rapport Bédard, il dirige la Division des services psychiatriques au Ministère de la Santé de 1962 à 1970.

<sup>90</sup> Dr. Denis Lazure (1925 - ) Directeur du département de psychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine de (1957 à 1969). Directeur général de l'hôpital de Rivière-des-Prairies (1969 à 1975) et de l'Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine (1975 à 1976). Lazure poursuit une carrière politique dès 1976.

<sup>91</sup> «Québec décide. Enquête sur les institutions psychiatriques», *Le Devoir*, 9 septembre 1961, p.1.

<sup>92</sup> « Subvention à l'hygiène pour une enquête sur la maladie mentale », *L'Union médicale du Canada*, tome 90, décembre 1961, p.1432.

<sup>93</sup> Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-484/ 202, Lettre du Dr. Alphonse Couturier, ministre du Ministère de la Santé, aux autorités concernées, Québec, le 11 septembre 1961.

Selon Boudreau, les membres de l'élite conservatrice de l'époque ont eu raison de voir en la nomination des D<sup>rs</sup> Bédard, Lazure et Roberts un avant-goût des résultats auxquels s'attendait le gouvernement Lesage<sup>94</sup>. À l'opposé du gouvernement précédent, le gouvernement libéral ne ferme pas la porte aux modernistes. De plus, bien avant leur nomination, ces trois psychiatres affichent déjà leur volonté de procéder à une modernisation et une réorganisation du système psychiatrique québécois. Il leur restait seulement à transmettre leur message et celui de toute une génération de psychiatres par la voix officielle d'un comité d'enquête. Par ailleurs, Wallot estime que ces nominations reposent avant tout sur un choix prudent puisque la nouvelle génération de technocrates en progression au Québec n'est pas encore prête à conduire une telle enquête. Ce psychiatre ajoute :

[...] le gouvernement se gagne la sympathie des psychiatres tout en plaçant plus ou moins tacitement les communautés religieuses en situation de seules coupables.<sup>95</sup>

#### 5.4 Les conclusions du rapport Bédard

Dès le début de leur visite des hôpitaux psychiatriques, les commissaires s'aperçoivent que la situation du réseau psychiatrique de la province est beaucoup plus inquiétante qu'ils ne le croyaient : la qualité des soins psychiatriques au Québec se situe bien en dessous de la moyenne canadienne<sup>96</sup>. Devant l'urgence d'intervenir, les D<sup>rs</sup> Bédard, Lazure et Roberts ne prendront donc que six mois pour rédiger leur étude. Ces derniers s'inspirent de trois études majeures d'experts de l'époque : celle de l'*United States Joint Commission on Mental Health* et celles de l'Association canadienne de santé mentale, l'une sur les soins psychiatriques dispensés au Canada et l'autre sur les services offerts exclusivement dans la région montréalaise. En réalité, les commissaires perçoivent les institutions anglophones du Québec

---

<sup>94</sup> Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, p.76.

<sup>95</sup> Wallot, *La danse autour du fou*, p.190.

<sup>96</sup> Rapport Bédard, p.129-130.

comme des modèles et, par conséquent, s'inspirent davantage de l'expérience américaine que française dans la prise en charge organisationnelle de la santé<sup>97</sup>.

Déposé le 9 mars 1962, le Rapport de la Commission des hôpitaux psychiatriques fait mention des iniquités flagrantes à corriger. Les commissaires font état de l'ampleur des problèmes financiers que rencontrent les hôpitaux psychiatriques de la province, problèmes causés par l'augmentation considérable du coût d'hospitalisation de chaque malade. Ainsi, ils recommandent l'abolition des subventions *per diem fixe* au profit d'un budget annuel qui serait attribué en fonction des besoins de chaque institution. Jusqu'alors, l'allocation par tête marquait effectivement une distinction nette entre les hôpitaux généraux, qui bénéficient d'un octroi gouvernemental de 15 dollars à 25 dollars par jour, par patient, et les institutions psychiatriques, qui ne reçoivent qu'un ridicule 2,75 dollars, par jour, par patient<sup>98</sup>. De plus, ils dénoncent l'insuffisance d'investissements gouvernementaux dans le réseau psychiatrique. À titre comparatif, le Québec a dépensé 18 millions de dollars pour les coûts d'opération pendant l'année 1961-1962, alors que l'Ontario en a déboursé 55 millions au cours de la même période<sup>99</sup>. En outre, le rapport Bédard dénonce l'exclusion des hôpitaux psychiatriques de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques officiellement en vigueur au Québec depuis 1961. Seuls la Clinique Roy-Rousseau et l'Institut Albert-Prévost bénéficient d'une subvention provinciale pour les frais d'opération qui permet à ces deux institutions de maintenir une certaine norme par rapport aux hôpitaux généraux<sup>100</sup>.

Dans le rapport, on n'attribue pas uniquement le problème au manque de ressources financières, mais aussi à l'incohérence du développement des soins psychiatriques dans la province. Selon les commissaires, lorsque le gouvernement décide d'agir, il en résulte souvent des décisions illogiques. En effet, alors que la communauté psychiatrique internationale préconise la décentralisation des services psychiatriques et la réduction de la

---

<sup>97</sup> Wallot, *La danse autour du fou*, p.192-193.

<sup>98</sup> Rapport Bédard, p. 6-30.

<sup>99</sup> *Ibid*, p.131.

<sup>100</sup> *Ibid*, p.130.

taille des hôpitaux, les autorités gouvernementales du Québec ont entrepris pendant les années 1950 des travaux d'agrandissement dans les grands hôpitaux psychiatriques et de construction de nouveaux établissements afin de maximiser le nombre de lits disponibles. Pourtant, d'importantes études scientifiques publiées dans l'après-guerre démontrent clairement les effets négatifs de l'internement des malades dans des hôpitaux gigantesques et surpeuplés qui, en définitive, servent davantage de « garderies<sup>101</sup> » que de lieux de traitement.

Afin d'adapter les institutions québécoises au modèle progressiste préconisé, le rapport soutient qu'un hôpital psychiatrique doit compter au maximum 500 patients et être annexé à un hôpital général. Cette recommandation vient de l'idée selon laquelle un climat thérapeutique adéquat et respectueux joue un rôle dans la guérison du patient. Ainsi, les commissaires ne proposent pas l'abolition des institutions psychiatriques déjà existantes, mais plutôt une modernisation de ces institutions. Cette modernisation implique le fractionnement de chaque établissement en départements de plus petite taille. Par ailleurs, les commissaires insistent sur l'importance de maintenir à l'intérieur de l'hôpital un quotidien normal qui s'apparente à la vie en société et de promouvoir la thérapie par l'occupation qui est quasi absente dans les grands hôpitaux psychiatriques. En effet, dans plusieurs établissements, les patients bénéficient rarement d'une psychothérapie appropriée, alors que les psychotropes, eux, sont utilisés à outrance<sup>102</sup>.

De concert avec les idées véhiculées par l'Organisation mondiale de la santé, les commissaires recommandent la création d'un système psychiatrique régional basé sur une logique de décentralisation des services, système qui permet d'éviter d'arracher complètement les malades à leur milieu de vie. Les institutions de langue anglaise font toutefois figure d'exception puisque la communauté anglophone se concentre essentiellement dans la région montréalaise. Le projet de sectorisation se structure autour des hôpitaux psychiatriques, mais également des hôpitaux généraux. Ainsi, tout hôpital général de plus de

---

<sup>101</sup> *Ibid*, p.129.

<sup>102</sup> *Ibid*, p.39-136.



200 places devrait disposer d'un minimum de 10% de lits pour les malades psychiatriques et offrir un service externe de consultation<sup>103</sup>.

La modernisation du système psychiatrique implique également la mise sur pied de services spécialisés déployés dans l'optique de guérir le malade, tels que des services de psychologie, de pédopsychiatrie et de gériatrie, une clinique externe, une équipe d'urgence et des centres de traitement de jour et de nuit. Les commissaires affirment ceci : « Ces services diversifiés remplacent très souvent l'hospitalisation et réduisent sensiblement le nombre de lits psychiatriques qui, autrement, seraient requis<sup>104</sup> ». La suppression des mesures de sécurité abusives, comme la présence policière ou les barreaux à l'entrée de l'asile, suit également cette logique. Selon le rapport, le cas de l'Hôpital de Bordeaux démontre à quel point le milieu carcéral propose une atmosphère qui nuit au rétablissement du malade. Avant la présentation du rapport, les commissaires s'étaient déjà prononcés en faveur de la fermeture de l'établissement. Le gouvernement annonça officiellement en décembre 1961 l'abolition de l'hôpital de cette prison<sup>105</sup>.

Après avoir visité l'ensemble des hôpitaux psychiatriques du Québec, les commissaires furent à même de constater l'insuffisance d'un personnel spécialisé dans ces établissements. Cette pénurie engendre des lacunes graves dans le suivi des patients, comme, par exemple, des dossiers inachevés, des évaluations imprécises et des manques de notes. À titre comparatif, on estime que, entre 1950 et 1959, le personnel oeuvrant dans les établissements ontariens est passé de 4 630 à 10 932, alors qu'au Québec, cet accroissement s'est traduit par une mince augmentation de 3 152 à 5 138<sup>106</sup>. Les psychologues et les travailleurs sociaux restent quand à eux quasi absents du réseau. On est donc loin de la création d'équipes de professionnels, comme le suggère la littérature psychiatrique. Pour remédier au problème, le rapport encourage fortement la formation de psychiatres et de professionnels dans les

---

<sup>103</sup> *Ibid*, p.132-136 et p.56.

<sup>104</sup> *Ibid*, p.133.

<sup>105</sup> *Ibid*, p.122.

<sup>106</sup> *Ibid*, p.131.

domaines connexes, comme la psychologie, l'ergothérapie, le travail social et les soins infirmiers, afin d'assurer des soins de qualité aux malades et d'offrir des services dans la collectivité. Cette suggestion « constitue la pierre angulaire qui assurera le succès du programme d'action suggéré par la Commission <sup>107</sup> ». Elle exige toutefois la participation de l'hôpital à la formation des futurs professionnels, de même qu'une amélioration des conditions de l'ensemble des travailleurs en psychiatrie <sup>108</sup>.

Selon les commissaires, plus souvent qu'autrement, le psychiatre ne bénéficie pas d'un contexte lui permettant de mettre à profit sa formation auprès de ses patients. Les psychiatres, en nombre insuffisant, possèdent très peu d'influence dans la gestion de l'hôpital au Québec, qui demeure en général sous l'autorité des communautés religieuses. En réalité, le rapport remet en question la compétence des officières qui, malgré leur dévouement, ne possèdent pas de connaissances suffisantes en soins psychiatriques. D'ailleurs, plusieurs religieuses n'ont aucun diplôme d'infirmière et seulement six infirmières de Saint-Jean-de-Dieu possèdent une formation spécialisée en psychiatrie. Selon le rapport, pour compenser leur ignorance face à la maladie mentale, les religieuses ont substitué la compréhension par un comportement dominateur et sévère. Dans un tel contexte, l'infirmière laïque doit se rapporter à l'autorité d'une officière qui n'a pas les qualifications nécessaires pour le rôle décisionnel qu'elle occupe <sup>109</sup>.

Afin de corriger des situations aussi anormales, les commissaires souhaitent remplacer l'autorité des congrégations religieuses dans les hôpitaux psychiatriques par un contrôle exclusivement médical exercé par les psychiatres. Le rapport est incontestablement biaisé et a de toute évidence un parti pris pour les psychiatres. Eux-mêmes psychiatres, les commissaires cherchent ainsi à placer leurs confrères en position de force par rapport à l'Église. En ce sens, le rapport Bédard laisse transparaître une volonté de décléricalisation du réseau hospitalier qui s'oppose au pouvoir de l'Église dans les structures sociales de la

---

<sup>107</sup> *Ibid*, p.139.

<sup>108</sup> *Ibid*, p.11-17 et p. 115-139.

<sup>109</sup> *Ibid*, p.17-41.

société québécoise. Cette décléricalisation des hôpitaux implique toutefois la présence d'un gouvernement prêt à agir vigoureusement. L'importance de ce préalable a certainement un lien avec le fait que les commissaires s'en prennent de manière virulente au gouvernement provincial, notamment au ministre de la Santé. De cette façon, ils cherchent probablement à réveiller les politiciens au pouvoir afin qu'ils acceptent d'assumer un rôle nouveau qui nécessite l'élargissement des fonctions de l'État. Les propos suivants du rapport s'adressent au Ministère de la Santé :

En laissant aux autorités hospitalières la libre disposition des argents accordés, il leur signe un chèque en blanc, se dérobe à ses responsabilités et s'expose aux critiques tout à fait légitimes d'une société qui exige un contrôle rigoureux de l'État sur des hôpitaux construits et entretenus à même les fonds publics.<sup>110</sup>

Le rapport Bédard dénonce donc le « gaspillage humain et économique <sup>111</sup> » engendré par le manque de ressources de type communautaire qui oblige des malades à rester internés, et ce, même si leur état ne nécessite pas un tel enfermement. Il se prononce en faveur d'une politique de la *porte ouverte* en s'appuyant sur la réussite des expériences réalisées ailleurs au Canada et dans le monde. Cette politique implique une collaboration étroite entre les hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux généraux et les différents services dispensés dans le réseau de santé. Au sein des hôpitaux psychiatriques se retrouveraient alors les ressources scientifiques, matérielles et professionnelles qui permettraient d'offrir des traitements thérapeutiques valables. De plus, les hôpitaux assureraient un réseau de placement dans différents lieux de réhabilitation, comme des familles d'accueils, des pavillons pour les personnes âgées, des foyers pour personnes semi-autonomes et des hôpitaux-écoles. Pour faciliter ces changements, les commissaires insistent en outre sur l'importance d'amorcer un programme public de sensibilisation à la maladie mentale. Bref, c'est sur l'ensemble des transformations introduites par la réforme proposée que pourra s'appuyer la pratique de l'*open-door*, dont le succès repose sur la création d'un climat thérapeutique propice à la guérison à l'intérieur des murs des établissements et de bases communautaires solides pour

---

<sup>110</sup> *Ibid*, p.7.

<sup>111</sup> *Ibid*, p.132.

accueillir le malade qui réintègre la société<sup>112</sup>. Le rapport Bédard témoigne somme toute d'une réelle volonté de réintégrer les malades mentaux dans la société, volonté qui, par la suite, va se concrétiser à travers un véritable mouvement de désinstitutionalisation.

### 5.5 La réception du rapport Bédard au Québec

Déposé officiellement le 9 mars 1962 au Ministère de la Santé, il faut attendre le 30 mars 1962 pour que le rapport Bédard fasse la manchette des grands quotidiens. Les articles présentent un compte-rendu détaillé des grandes conclusions du rapport ainsi qu'un résumé des propos tenus par le D<sup>r</sup> Bédard au cours de la conférence de presse qui entourait la présentation du rapport. Les différents titres et sous-titres que l'on retrouve dans les journaux en disent long sur le climat d'effervescence créé par la présentation du rapport : « Québec invité à prendre en main les services psychiatriques<sup>113</sup> », « Situation alarmante<sup>114</sup> », « 390 millions en cinq ans aux hôpitaux psychiatriques<sup>115</sup> », « Les "fous" ont été entendus<sup>116</sup> », « St-Jean-de-Dieu : entrepôt ou hôpital psychiatrique?<sup>117</sup> », « Maladies mentales ou physiques : L'assurance-hospitalisation doit être accordée à tous<sup>118</sup> ».

Le 30 mars, le rapport Bédard reçoit l'appui de l'Association de psychiatrie de la province de Québec qui soutient les principales suggestions émises par les commissaires. Selon l'article de *La Presse* « Unanimité chez les psychiatres » publié le lendemain en

---

<sup>112</sup> *Ibid*, p.14-43 et p. 105-137.

<sup>113</sup> « Québec invité à prendre en main les services psychiatriques », *Le Devoir*, 30 mars 1962, p.1.

<sup>114</sup> *Ibid*.

<sup>115</sup> Dominique Clift et Richard Daigneault, « 390 millions en cinq ans aux hôpitaux psychiatriques », *La Presse*, 30 mars 1962, p.1.

<sup>116</sup> Clift et Daigneault, « Les "fous" ont été entendus », *La Presse*, 30 mars 1962, p.19.

<sup>117</sup> Clift et Daigneault, « St-Jean-de-Dieu : entrepôt ou hôpital psychiatrique? », *La Presse*, 30 mars 1962, p.19.

<sup>118</sup> Clift et Daigneault, « Maladies mentales ou physiques : L'assurance-hospitalisation doit être accordée à tous », *La Presse*, 30 mars 1962, p.19.

première page par Jacques Pigeon, les principaux adversaires du rapport semblent être restés plutôt muets lors de l'assemblée de l'Association. Bien que minoritaires, les psychiatres de la *vieille garde* occupent les postes les mieux placés dans le domaine, dont celui de surintendant médical. Il semble bien que ces derniers aient décidé de céder et d'abandonner la bataille devant l'élan donné par les jeunes psychiatres. On peut lire ce qui suit dans l'article :

La psychiatrie moderne vient de remporter une très belle victoire dans la province de Québec. Ebranlée, battue, à bout de forces, la vieille garde a plié devant l'élément progressif.<sup>119</sup>

Par ailleurs, le célèbre journaliste de combat Gérard Pelletier souligne avec fierté dans l'article « Est-ce la fin du cauchemar? » toute l'importance du travail fait par les commissaires dans le rapport Bédard: «Jamais, il est bon de le souligner, personne n'avait peint un aussi sombre tableau des conditions de vie faites à des milliers de malades<sup>120</sup> ».

En juin 1962, la revue *Cité libre* publie un cahier spécial destiné à faire le point sur la situation du système psychiatrique dans la province. Dans un article intitulé « Services externes en psychiatrie », le D<sup>r</sup> Pierre Lefebvre endosse les recommandations des commissaires et soutient le fait que la création d'un réseau de services dans la communauté permettrait à plusieurs malades d'éviter les effets négatifs de l'internement. Le D<sup>r</sup> Lefebvre affirme ce qui suit :

Cet avantage est à vrai dire social, et même économique, autant qu'il est proprement médical. Le milieu hospitalier, en effet, demeure toujours un milieu artificiel.<sup>121</sup>

Le rapport Bédard bénéficie donc du soutien immédiat des médias et des psychiatres. En ce sens, il apparaît comme l'aboutissement d'un long parcours entrepris dans les années antérieures à 1962 par différents acteurs sociaux de l'époque, tels que les psychiatres,

---

<sup>119</sup> Jacques Pigeon, « Unanimité chez les psychiatres », *La Presse*, 31 mars 1962, p.1.

<sup>120</sup> Gérard Pelletier, « Est-ce la fin du cauchemar? », *La Presse*, 31 mars 1962, p.4.

<sup>121</sup> Lefebvre, « Services externes en psychiatrie », p.5.

journalistes et ex-patients d'asile. En fait, dès la création de la commission d'enquête, certains articles laissent déjà entrevoir le chaleureux accueil que vont recevoir les commissaires en soumettant leur rapport. Moins d'un mois après l'annonce officielle de la création de cette commission, Georges Dufresne de *Cité Libre*, dans l'article « Qui opprime les malades mentaux demande à l'opinion ? », lance un appel au grand public afin qu'il appuie la commission d'enquête dans sa démarche. Selon Dufresne, il est impératif de préparer une campagne de sensibilisation lors de la déposition du rapport dans le but de faire connaître les recommandations des commissaires, de mobiliser l'opinion publique et d'influencer les décisions gouvernementales :

La situation corrompue qu'ils ont pour mission d'explorer n'a pu se développer et durer aussi longtemps, sans qu'il y ait pour le moins négligence et silence complice de la part d'individus et de groupes occupant des situations responsables dans le domaine en cause.<sup>122</sup>

Comme on l'a vu, l'accueil des médias est chaleureux vis-à-vis le rapport Bédard. Mais qu'en est-il de la réaction du gouvernement Lesage alors que la crise est à son summum au sein de la communauté psychiatrique, notamment à l'Institut Albert-Prévost où persiste un désaccord entre les autorités administratives et les psychiatres?

Pris dans un climat conflictuel, les politiciens au pouvoir se voient forcés de prendre une position claire au sujet des recommandations des commissaires. Il apparaît impératif de mettre un terme à cette crise qui prend des proportions de plus en plus considérables. Jusqu'à présent, le Parti libéral s'est montré ouvert aux idées progressistes de la nouvelle génération de psychiatres<sup>123</sup>. Le gouvernement Lesage va donc poursuivre cette ligne de pensée en se prononçant en faveur des recommandations du rapport.

La conséquence directe du rapport Bédard est indéniablement la création par le gouvernement du Québec de la Division des services psychiatriques au sein du Ministère de

---

<sup>122</sup> Dufresne, « Qui opprime les malades mentaux? », p.17.

<sup>123</sup> Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, p.80

la Santé. Mise sur pied le 2 juin 1962, cette division vise essentiellement à assurer l'application concrète des conseils énoncés dans le rapport<sup>124</sup>. Dès lors, les promoteurs de la réforme, incorporés dans les structures ministérielles, élaborent des structures permettant la réalisation de leur projet. Ce projet consiste à promouvoir des soins spécialisés et une sectorisation des services dans un réseau entièrement sous l'autorité clinique des psychiatres. La facilité d'accès à des sommes considérables favorise alors l'application des suggestions proposées par la réforme en 1962.

L'interprétation historiographique du rapport Bédard voit en ce document une étape majeure dans l'évolution de la psychiatrie au Québec. Dans l'histoire québécoise de la folie, les décennies 1880 et 1960 apparaissent en effet comme des moments-clés<sup>125</sup>. D'ailleurs, chacune de ces périodes est associée à une commission d'enquête précise, c'est-à-dire respectivement la Commission royale d'enquête sur les asiles en 1888 et la Commission d'étude sur les hôpitaux psychiatriques en 1961.

Wallot, Boudreau et Beaudet estiment que le rapport se veut alarmiste et insiste sur l'état dramatique de la situation et sur le besoin de procéder à l'assimilation des soins en santé mentale aux autres structures médicales<sup>126</sup>. Beaudet fait le constat suivant : « La révolution psychiatrique des années cinquante trouva ainsi un appui sur la Révolution tranquille des années soixante<sup>127</sup> ». Le rapport Bédard marque le commencement de la libération des malades institutionnalisés<sup>128</sup>. En plus d'un programme public d'hygiène mentale, c'est essentiellement une désinstitutionnalisation « avant la lettre<sup>129</sup> » que suggère la commission. D'après Wallot, le Québec devient un précurseur au Canada. En effet, il faut attendre 1964

---

<sup>124</sup> *Ibid*, p.81.

<sup>125</sup> Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, p.34 et 139.

<sup>126</sup> *Ibid*, p.79.

<sup>127</sup> Céline Beaudet, *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec*, Québec, Institut supérieur des sciences humaines, Université Laval, 1976, p.91.

<sup>128</sup> Wallot, *La danse autour du fou*, p.192.

<sup>129</sup> *Ibid*, p.217.

pour que le gouvernement fédéral mette sur pied une commission sur les services de santé allant aussi loin dans les solutions proposées<sup>130</sup>.

L'histoire de la folie au Québec accorde une importance primordiale au rapport Bédard de 1962 dans la mise sur pied d'une politique de désinstitutionnalisation. Alors que d'autres ont choisi le silence, le rapport Bédard, en révélant la situation vécue dans les institutions psychiatriques du Québec, vient appuyer ouvertement la dénonciation déjà amorcée sur la place publique. Au delà de son caractère critique, le rapport reste avant tout une analyse rigoureuse qui a pour objectif une intervention par les professionnels afin de contrer le rejet des malades psychiatriques<sup>131</sup>. Il est porteur d'une volonté incontestable de changement dans le milieu de la psychiatrie. Ainsi, le rapport Bédard vient officialiser les discours tenus par les jeunes psychiatres au cours des années 1960 et fournir les bases d'une réforme majeure du système psychiatrique du Québec.

## 5.6 Conclusion

La période d'étude de ce mémoire prend fin le 9 mars 1962 avec la déposition du rapport Bédard. Dans la période tumultueuse que traverse le milieu psychiatrique des années 1950-1962, ce document de 157 pages apporte une réponse à la crise en donnant le coup d'envoi à la réforme du réseau psychiatrique québécois. Puisant ses origines dans un contexte de changement et de progrès, cette crise, dans laquelle les médias jouent un rôle certain, connaît une accélération marquée dès la fin des années 1950 et le début des années 1960. En effet, la diffusion de cas scandaleux vient éclabousser non seulement le milieu psychiatrique, mais également l'Église et l'État. Le journal *Vrai* devient un véritable lieu de controverse étant donné la diffusion d'articles tapageurs et révélateurs au sujet des anomalies que présente le système psychiatrique québécois. Il faut cependant attendre la publication du livre *Les fous crient au secours* de Pagé pour assister à une véritable prise de conscience de la société à propos du traitement réservé aux malades en institution. En effet, le message de l'ex-patient

---

<sup>130</sup> *Ibid*, p.193 et 217.

<sup>131</sup> *Ibid*, p.218.



réussit à toucher la sensibilité du grand public. Endossé par le D<sup>r</sup> Camille Laurin, l'ouvrage de Pagé obtient un succès immédiat et est à la source même d'un mouvement d'indignation populaire.

Approuvé par le Parti libéral, le rapport Bédard vient également offrir un appui politique aux jeunes psychiatres qui se sont unis afin de s'engager dans une campagne contre le système psychiatrique en place. Cette nouvelle génération de psychiatres, avec l'aide des journalistes et des médias, joue un rôle déterminant dans l'élaboration d'une pratique réformatrice en psychiatrie. Les actions de ces psychiatres auprès du Parti libéral de Lesage vont permettre de sensibiliser les politiciens sur la situation qui règne dans les institutions psychiatriques de l'époque. Ainsi, les psychiatres modernistes et les membres de l'équipe libérale unissent leurs forces afin de déloger la petite bourgeoisie traditionnelle de ses fonctions<sup>132</sup>.

La révolution psychiatrique est donc indissociable du contexte sociopolitique et économique du Québec de l'époque. Elle prend forme dans le grand mouvement contestataire qu'est la Révolution tranquille, qui dénonce le pouvoir étouffant de l'Église et l'absence d'intervention gouvernementale. Le nouveau modèle préconisé repose sur une redéfinition du cadre de l'État. En psychiatrie, cette volonté de changement signifie l'instauration d'un pouvoir basé exclusivement sur une autorité médicale et, par conséquent, la fin du règne des communautés religieuses à la tête des institutions hospitalières. À ce sujet, un point doit être soulevé. Certes, au cours de la période 1950-1962 s'installe une remise en question du rôle de l'Église et une critique de l'étendue de ses pouvoirs dans la société québécoise. Or, il serait faut de croire que, en ce début des années 1960, tous les fondateurs de la Révolution tranquille promeuvent un discours essentiellement anticlérical. En vérité, plusieurs d'entre eux continuent d'être liés à la religion catholique et ne souhaitent pas balayer complètement l'élément religieux. Ils militent seulement en faveur d'une décléricalisation de certains domaines qui demeurent sous le joug de l'Église, notamment l'éducation et la santé. Si les

---

<sup>132</sup> Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, p.83.

auteurs du rapport Bédard remettent en doute la qualification des religieuses qui travaillent à Saint-Jean-de-Dieu, ils insistent néanmoins sur le point suivant :

Des perspectives médicales et religieuses ne sont pas nécessairement contradictoires, mais elles ne peuvent s'harmoniser que si on les distingue au départ, qu'on précise leur signification et leurs modes spécifiques d'action.<sup>133</sup>

Avec le rapport Bédard se dessine un élargissement du rôle de l'État dans la prise en charge des malades mentaux au Québec. En plus de répondre à l'indignation de l'opinion publique provoquée par la médiatisation d'histoires scandaleuses, le rapport rejoint le discours des partisans d'une réforme du système psychiatrique. Cette réforme implique la décentralisation, l'accroissement et la diversification des soins donnés afin que le réseau psychiatrique du Québec puisse rejoindre les normes scientifiques établies par la communauté internationale. La nouvelle orientation donnée par le rapport marque les débuts de la psychiatrie communautaire et vient mettre un terme à la construction de nouveaux asiles. Les notions de communautarisation des services et de *porte ouverte* prennent alors forme et s'imposent comme un idéal à atteindre dans la pratique psychiatrique. En ce sens, le rapport Bédard ouvre la voie au mouvement de désinstitutionalisation des années 1960 et 1970, qui sera synonyme d'un retour massif des malades mentaux dans la collectivité.

---

<sup>133</sup> Rapport Bédard, p.21.

## CONCLUSION

Depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle, l'implication de l'État québécois dans le réseau de santé n'a fait que croître, notamment avec la Loi d'assistance publique de 1921. Il faut toutefois attendre les années 1940-1960 pour qu'émerge le grand débat au sujet de la redéfinition du rôle de l'État en matière de santé publique. L'adoption dans l'après-guerre du programme de subventions à la santé de 1948 témoigne de la volonté du gouvernement fédéral de suivre le modèle de l'État-providence. Le réseau de soins de santé au Québec connaît un développement fulgurant alors que la demande d'hospitalisation ne cesse également d'augmenter. Les conséquences en sont la modernisation de l'équipement, la hausse du nombre de lits, l'augmentation du personnel hospitalier, etc.

L'évolution du réseau psychiatrique au XX<sup>e</sup> siècle suit de près les grands bouleversements que connaît le milieu médical. Malgré une hausse phénoménale du nombre de psychiatres diplômés et les sommes investies dans le réseau psychiatrique par les paliers fédéral et provincial de gouvernement, les ressources humaines et financières restent insuffisantes. La demande en soins psychiatriques est loin d'être comblée. C'est donc une crise de croissance que connaît le système de santé, notamment en psychiatrie. L'augmentation du nombre de malades chroniques et le surpeuplement des établissements psychiatriques qui en découle sonnent rapidement l'alarme, ce qui pousse la communauté médicale entière à s'intéresser aux problèmes des malades psychiatriques dans le réseau de santé.

À partir de la Deuxième Guerre mondiale se développe un intérêt grandissant en Occident pour la recherche psychiatrique et le développement de nouveaux traitements. La tenue de plusieurs congrès mondiaux de psychiatrie, auxquels participent des psychiatres canadiens, témoigne du dynamisme de la communauté psychiatrique internationale. L'approche biologique, avec la découverte des neuroleptiques au début des années 1950, vient remettre en question le caractère incurable de plusieurs troubles mentaux. Même si leurs mécanismes

d'action restent méconnus, les tranquillisants envahissent en un rien de temps les hôpitaux psychiatriques. Au Québec comme ailleurs, la communauté psychiatrique fonde de grands espoirs sur ces médicaments remarquables qui, grâce à leur action sédatrice, provoquent un changement d'attitude chez le malade. Par ailleurs, à partir de la deuxième moitié de la décennie 1950, les traitements psychologiques reviennent en force avec la diffusion des idées freudiennes, qui font de la psychanalyse une méthode d'introspection de l'inconscient au cours de laquelle le malade est confronté aux démons de son passé. La fascination créée par les théories psychanalytiques engendre le développement de différentes formes de psychothérapies axées principalement sur la responsabilisation du malade.

La psychiatrie connaît un changement radical avec le retour à une attitude optimiste dans le traitement des malades. La prise de tranquillisants, soutenue par une psychothérapie adéquate, permet au malade de reprendre contact avec la réalité et son entourage. En conséquence, ces résultats encourageants permettent d'espérer une éventuelle réintégration du malade dans la communauté. Né d'un mélange entre les traitements organiques et psychologiques, le mouvement psychosomatique privilégie une approche holistique qui intègre différentes méthodes thérapeutiques dans le but de traiter le malade mental dans sa globalité. La révolution psychiatrique est avant tout une révolution thérapeutique qui ouvre la voie à une vision optimiste en psychiatrie. Pour plusieurs malades autrefois confinés à l'internement à vie, ces progrès thérapeutiques signifient le retour d'un mieux-être qui, dans certains cas, permet de réduire la période d'hospitalisation, voire de l'éviter complètement.

Les remarquables avancées de la recherche psychiatrique affectent directement le rôle joué par la psychiatrie dans la société. La psychiatrie, qui acquiert ses lettres de noblesse sur le plan scientifique, s'introduit dans le milieu universitaire. La création de départements de psychologie et de psychiatrie confirme l'effervescence que connaissent ces deux disciplines à partir de l'après-guerre. Avec la médecine psychosomatique, la psychiatrie élargit ses horizons et interpelle de nouveaux acteurs dans le suivi thérapeutique du malade. Inspirée par une approche multidisciplinaire, une équipe de professionnels, qui regroupe entre autres des médecins généralistes, psychologues, travailleurs sociaux et infirmières psychiatriques, vient soutenir le psychiatre dans ses fonctions à l'intérieur comme à l'extérieur des murs de

l'hôpital. La démarche thérapeutique se construit sur la relation de confiance qui se crée entre le patient et celui qui le soigne. S'intéressant au malade en tant qu'être humain, la nouvelle psychiatrie insiste sur l'importance pour le malade de conserver un lien avec sa famille. La vie familiale semble procurer chez le malade des bienfaits supérieurs à ceux de l'internement.

La critique du traitement institutionnel qui se déploie à la suite de la publication d'ouvrages-chocs inaugure le mouvement antipsychiatrique. Les auteurs appartenant à ce courant contestataire associent l'asile à un modèle d'institution totalitaire et mettent l'accent sur les effets nocifs de l'internement. L'approche communautaire apparaît alors comme une solution à l'institutionnalisation de la folie. La communautarisation préconise une ouverture de la psychiatrie à la société à l'aide de différents services dispensés sur une base régionale : unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux, cliniques externes, hôpitaux de jour et de nuit, etc. Cette approche cherche à amoindrir la stigmatisation liée à l'internement du malade mental et à lui conférer le statut de patient, au même titre que tous les malades ayant recours au réseau de santé. Les avancées thérapeutiques et la création d'institutions spécialisées adaptées aux besoins du malade, dont les ateliers protégés, les classes d'enseignement adapté et les foyers d'accueil, rendent désormais l'institutionnalisation inutile pour plusieurs malades. Dans ce nouveau contexte, l'hôpital psychiatrique est appelé à changer de visage et à devenir un véritable lieu de soins de courte durée. À l'hôpital psychiatrique, le malade apprend à s'épanouir dans une atmosphère thérapeutique adéquate afin qu'il puisse réintégrer rapidement son milieu.

À partir des années 1950 donc, la psychiatrie connaît une mutation fondamentale sur les plans tant théorique que pratique. Les nouvelles connaissances en psychiatrie se diffusent rapidement au sein des sociétés occidentales. Au Québec, l'introduction de ces nouvelles approches provoque une tension au sein de la communauté psychiatrique. L'arrivée de jeunes psychiatres modernistes dans les hôpitaux psychiatriques sème les germes d'une confrontation idéologique avec les psychiatres traditionalistes. Les modernistes se donnent alors le rôle de sauveurs de la psychiatrie québécoise au bord du gouffre. La cause des jeunes psychiatres protestataires dépasse rapidement le milieu psychiatrique et gagne la sympathie des médias, puis celle du grand public grâce aux scandales qui éclaboussent l'asile, l'État et

l'Église. Mais, le cri d'alarme lancé par les psychiatres modernistes dans les années 1950 trouve peu d'échos dans la société. Le Québec n'est pas prêt encore pour une réforme.

De fait, en dépit des progrès thérapeutiques, la situation concrète dans le milieu psychiatrique québécois évolue à un rythme lent dans les années 1950. Pour avoir un portrait juste de la situation, il convient d'explorer plus en profondeur les grandes forces de résistance qui vont s'opposer à l'essor de la réforme.

Depuis la Nouvelle-France, l'œuvre érigée par les congrégations religieuses en santé est remarquable. L'action du clergé dans le système de santé est déterminante. Dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, les religieuses prodiguent des soins à près de 70 % des patients hospitalisés dans la province<sup>1</sup>. Aux yeux des fidèles, ce pouvoir traditionnel du clergé dans la sphère sociale de la province se justifie « au nom de la charité chrétienne, du maintien de la langue, de la race et de la foi catholique <sup>2</sup> ».

Toutefois, l'Église, de par sa mainmise sur les établissements hospitaliers du Québec, constitue en fait l'un des principaux pôles de résistance à l'évolution du système psychiatrique. Dans le Québec catholique de la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, l'hôpital psychiatrique sert de lieu d'hébergement dans lequel s'entassent des malades mentaux incurables et chroniques. Le fatalisme thérapeutique qui s'abat sur la pratique psychiatrique relègue aux oubliettes les fondements mêmes de l'asile tel que l'avait imaginé Pinel au XIX<sup>e</sup> siècle. Dans l'asile, assujetti à l'autorité de l'Église, s'installe une atmosphère de pessimisme et de passivité résignée, faisant de lui une organisation hiérarchique basée sur l'ordre, l'autorité, la propreté et la discipline.

Comme le révèle au grand jour en 1961 un ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu, les religieuses imposent leur pouvoir à l'aide d'une politique interne fondée sur un système de

---

<sup>1</sup> Rapport Castonguay-Nepveu, Ministère de la Santé, *L'évolution des services de santé et des modes de distribution des soins au Québec*, Jean-Yves Rivard, Gilbert Blain, Jean-Claude Martin et Yolande Taylor, annexe 2, Québec, Éditeur officiel, 1970, p. 24.

<sup>2</sup> Françoise Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, Montréal, Éditions Saint-Martin, 2003, p.54.

récompenses et de punitions<sup>3</sup>. L'utilisation de moyens répressifs sert alors à mater les malades têtus qui refusent d'obéir aux règlements de l'hôpital. L'incompréhension face à la folie engendre des cas d'abus de pouvoir à l'intérieur de l'asile. Avant l'arrivée des neuroleptiques, l'utilisation de la force apparaît comme le seul moyen pour venir à bout de ces malades déchaînés. C'est dans ce contexte mêlant charité et enfermement que les religieuses se dévouent tout le long de leur vie. Jour et nuit, elles vivent au rythme d'une routine institutionnelle rigide qui encadre les patients. À vrai dire, elles semblent aussi recluses que ceux qu'elles soignent.

Sous l'égide de l'Église, Saint-Jean-de-Dieu et Saint-Michel-Archange sont même érigés en paroisses dans lesquelles les symboles religieux sont omniprésents. Dans les années 1920, l'affiliation des deux grands établissements psychiatriques québécois avec les milieux universitaires a amené que très peu de progrès à l'intérieur des portes closes de ces institutions qui empruntent étrangement l'apparence des établissements pénitenciers. Dans l'hôpital psychiatrique, la communauté religieuse, propriétaire des lieux, s'impose en maître incontesté. La Mère supérieure représente l'autorité suprême de l'hôpital et délègue une partie de ses pouvoirs aux religieuses officières de chaque salle de l'établissement. Elle assure l'entière administration de l'établissement à l'aide d'un conseil d'administration, auquel ne sont pas conviés les deux seuls surintendants de la province, qui se partagent la gestion médicale des établissements psychiatriques du territoire. En tant que propriétaire de l'hôpital, l'administration religieuse, au nom de la communauté qu'elle représente, ne cède que très peu de pouvoir aux psychiatres. Dans le but de servir les intérêts de la congrégation, les religieuses au pouvoir tiennent ferme à leur contrôle sur les asiles. Le meilleur moyen pour elles d'assurer ce contrôle est alors de marginaliser le plus possible le psychiatre. Elles se donnent un droit de regard absolu sur l'ensemble des décisions concernant l'hôpital, et ce, même si la plupart du temps, elles ne possèdent ni le savoir ni la formation requise pour le faire.

---

<sup>3</sup> Jean-Charles Pagé, *Les fous crient au secours*, Montréal, Les Éditions du Jour, 1961, p. 25-47.

À partir de la Deuxième Guerre mondiale, malgré les récents progrès de la psychiatrie, la vocation de gardiennage des asiles francophones du Québec continue de primer sur l'objectif thérapeutique, qui exigerait un personnel plus nombreux et le remplacement du matériel médical désuet.

Plus encore, avec l'augmentation accrue du nombre de patients internés, les communautés religieuses n'arrivent plus à combler les besoins en main-d'œuvre. Mais, au-delà de la pénurie réelle de personnel hospitalier, c'est avant tout le manque de compétences des religieuses qui semble faire obstacle à la modernisation du réseau psychiatrique francophone. Or, même si les infirmières laïques font peu à peu leur entrée dans les institutions psychiatriques, les religieuses occupent encore à l'aube de la Révolution tranquille une place prépondérante dans le système. En 1961, sur les 137 infirmières diplômées qui oeuvrent à Saint-Jean-de-Dieu, on compte 101 religieuses<sup>4</sup>. Pour Beaudet, le pouvoir des communautés religieuses sur le système francophone constitue le principal frein à l'étatisation des asiles au Québec<sup>5</sup>.

L'insuffisance de psychiatres pour la population francophone et le problème de leur répartition inégale sur le territoire québécois représentent un autre obstacle à l'expansion des services. En effet, on dénombre en 1961 un psychiatre pour 8 000 anglophones, alors que, chez les francophones, ce ratio s'établit à 1 pour 35 900<sup>6</sup>. Cette disparité dans l'accessibilité à un suivi professionnel en dit long sur la qualité des soins psychiatriques donnés dans le système francophone par opposition à ceux offerts dans le réseau anglophone. En raison de l'hégémonie de l'Église sur les établissements psychiatriques, la psychiatrie francophone s'enferme derrière les murs impénétrables de l'asile, rendant plus difficiles les échanges avec la communauté psychiatrique anglophone et avec les milieux scientifiques internationaux.

---

<sup>4</sup> Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, p. 49.

<sup>6</sup> *Ibid*, p.49.



Dans un tel contexte, le psychiatre francophone qui, à l'exemple du D<sup>r</sup> Denis Lazure, décide d'aller travailler du côté anglophone est perçu comme un traître<sup>7</sup>.

Au Québec, la division du système psychiatrique en deux réseaux basés sur la langue a donné lieu à deux modèles d'institutions bien différents : l'un, rigide et basé sur le modèle français, et l'autre, plus progressif et ouvert sur le monde. Le *Verdun Protestant Hospital* connaît une renommée internationale avec les travaux de Lehmann et de Cameron. Cependant, la psychiatrie anglophone cache également des côtés plus sombres. Les expériences douteuses du D<sup>r</sup> Cameron sur des individus involontaires en sont un bon exemple<sup>8</sup>. De plus, abstraction faite du dynamisme du réseau anglophone, le Québec demeure à la remorque des autres provinces canadiennes au chapitre de l'innovation en psychiatrie. Le Canada lui-même est encore au stade expérimental dans la création de services communautaires, alors qu'ailleurs, d'autres sociétés occidentales sont rendues beaucoup loin dans le processus de communautarisation.

Tout comme l'Église, l'État représente une force d'inertie contre la modernisation du système psychiatrique. L'action gouvernementale peut être qualifiée de discrète étant donné qu'elle se limite à un apport financier, même considérable. Les relations traditionnelles entre l'État et l'Église reposent sur un *pacte social* dans lequel chacune des deux organisations respecte la sphère d'influence de l'autre et tire profit de la situation. Depuis la Loi des asiles d'aliénés de 1879, le gouvernement s'engage à défrayer la moitié des coûts d'hospitalisation *per diem* des malades mentaux dans les établissements psychiatriques de la province, l'autre moitié étant assumée par les municipalités. Puis, en 1921, l'État étend l'expérience à l'ensemble des établissements hospitaliers avec la Loi de l'assistance publique. Dès 1945, il s'impose davantage en assumant seul l'entière responsabilité financière reliée au coût d'hospitalisation des aliénés. Malgré tout, l'allocation *per diem* demeure dérisoire. Cette

---

<sup>7</sup> *Ibid*, p.59.

<sup>8</sup> Hubert A. Wallot, *La danse autour du fou*, Beauport, Publications MHN, 1998, p.161-178.

somme d'argent n'arrive même pas à couvrir l'ensemble des frais d'entretien des malades<sup>9</sup>. À l'époque, l'allocation par tête marque effectivement une distinction nette entre les hôpitaux généraux, qui bénéficient d'un octroi gouvernemental de 15 dollars à 25 dollars par jour, par patient bénéficiaire de l'assistance publique, et les établissements psychiatriques, qui ne reçoivent qu'un ridicule 2,75 dollars par jour, par patient<sup>10</sup>.

En fait, l'État se décharge en bonne partie sur les communautés religieuses d'un fardeau qui serait bien trop lourd à assumer. À l'origine, les congrégations religieuses avaient pour avantage de posséder plus de ressources financières et humaines que l'État, pour assurer une telle responsabilité, ce dont le gouvernement est bien conscient. Bien qu'un mouvement contestataire se développe dans les années 1950 et revendique une intervention accrue de l'État, le gouvernement conservateur de l'Union nationale continue à honorer cette entente implicite entre le gouvernement et l'Église. En échange de subventions gouvernementales, l'État laisse aux soins des communautés religieuses la gestion des établissements psychiatriques. De la sorte, celles-ci peuvent garder l'autonomie qui leur est si chère face à l'État. En fait, c'est là que réside le problème : l'État investit des sommes importantes dans le réseau de santé sans se donner le droit de regard sur la gestion du système.

Si l'on peut critiquer l'inaction du gouvernement, il reste que, sans ce soutien de l'État, le système de santé ne pourrait se développer. Or, les choix gouvernementaux ne visent pas une politique de modernisation du réseau et encore moins un objectif de désinstitutionnalisation des patients. Devant l'augmentation du nombre de malades psychiatisés et l'incapacité des religieuses de répondre à la demande grandissante, l'État réagit et fait de la construction d'hôpitaux et de l'agrandissement d'anciens établissements sa priorité. La réintégration possible des malades mentaux dans la société n'apparaît pas comme un choix plausible. Au contraire, l'octroi de sommes énormes pour la construction de nouveaux mégahôpitaux vient réitérer le rôle de gardiennage des établissements psychiatriques. La présence de ces

---

<sup>9</sup> Rapport Bédard, Ministère de la Santé, *Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, Dominique Bédard, Denis Lazure, Charles A. Roberts, Québec, Éditeur officiel, 1962, p. 6-30.

<sup>10</sup> Boudreau, *De l'asile à la santé mentale*, p.48.

immenses «cages dépourvues de médecins<sup>11</sup> » s'oppose au modèle adopté par d'autres pays, modèle qui repose sur la création de petits établissements spécialisés. Alors que la Société nationale de l'hygiène mentale s'affaire à démontrer les aspects négatifs des établissements psychiatriques de grande taille et que plusieurs études internationales témoignent en faveur des petits centres de traitement, le gouvernement Duplessis annonce la construction du gigantesque hôpital de Joliette.

Ainsi, en dépit des progrès thérapeutiques accomplis en psychiatrie depuis la Deuxième Guerre mondiale, la population internée du Québec ne cesse de s'accroître au cours de la période 1950-1962 de sorte que le réseau n'arrive plus à répondre aux demandes grandissantes d'internement.

Et c'est là un paradoxe fascinant : pour rendre possible la guérison du malade en vue d'une réintégration sociale, il faut impérativement moderniser la pratique psychiatrique en investissant de manière accrue dans le réseau psychiatrique, dans la formation de professionnels qualifiés, dans l'achat de matériel adéquat et dans la création de centres spécialisés. Ainsi, la réussite d'une politique de désinstitutionnalisation ordonnée par l'État interpelle le gouvernement tant au plan financier qu'au plan décisionnel. Or, tant que l'Église garde son hégémonie sur le réseau de santé, la modernisation et l'étatisation du réseau de santé ne peuvent se faire. Il faudra attendre la Révolution tranquille pour que l'État, sous un nouveau gouvernement, renverse le pouvoir de l'Église et prenne en main son destin et celui des citoyens qu'il représente.

Outre l'Église et l'État, certains psychiatres vont également offrir une résistance à la mise en œuvre d'une politique axée sur le modèle de l'*open door*. La communauté psychiatrique ne se compose pas uniquement de psychiatres modernistes, loin de là. Le déclenchement de la révolution psychiatrique dans les années 1950 vient accentuer la dissension entre les psychiatres traditionalo-conservateurs et la jeune psychiatrie montante aux idées progressistes. Si les psychiatres traditionalistes se font plus discrets sur la place publique, cela

---

<sup>11</sup> « L'hôpital où on ne soigne pas. "Saint-Jean-de-Dieu" est un enfer ! », *Vrai*, vol.2, no 32, 26 mai 1956, p.10.

ne veut pas dire qu'ils n'offriront pas de résistance à l'élan réformiste des Laurin, Bédard, Lazure, Roberts, Boulanger et autres.

Ainsi, la volonté de créer de nouveaux services dans la communauté ne semble pas être partagée par l'ensemble de la communauté psychiatrique. Si, au point de vue théorique, la communautarisation apparaît comme un modèle, le développement concret de ce type de soins implique plusieurs autres facteurs qui méritent d'être étudiés. Dans une lettre adressée au D<sup>r</sup> Couturier, ministre de la Santé du Québec, le D<sup>r</sup> Vézina se prononce contre le projet de l'Association canadienne de santé mentale, qui souhaite la création d'un programme de soins à domicile pour les malades mentaux, tel que mis sur pied au *Boston State Hospital*. Ce n'est pas tant la pertinence des services communautaires qui est remise en question, mais plutôt le fait que le développement d'un tel projet entraînerait inévitablement une baisse de financement pour les asiles. En effet, le D<sup>r</sup> Vézina, qui a pris connaissance de la nouvelle formule lors d'un séjour à Boston, estime que le Canada ne peut s'engager dans un tel projet en raison du manque de ressources financières et humaines dont souffre le milieu psychiatrique de l'époque<sup>12</sup> :

Certes, l'idée de visiter gratuitement à domicile un malade dans l'espoir d'instituer un traitement qui prévienne la nécessité d'une hospitalisation correspond à un idéal dont nous pourrions rêver si nous étions prêts à établir l'assurance-santé dans notre province et si nous pouvions compter sur un personnel suffisant. Mais nous connaissons trop la situation qui existe dans nos hôpitaux psychiatriques pour attirer dans un service nouveau des psychiatres dont nous avons tant besoin pour intensifier le traitement des malades dans les hôpitaux.<sup>13</sup>

Alors que la nouvelle génération de psychiatres voit en l'*open-door* la seule issue à la crise du réseau de psychiatrie, les psychiatres d'asiles, eux, demandent plus de psychiatres et surtout une augmentation du nombre de lits disponibles pour accueillir d'autres malades. Dans des lettres annuelles destinées au D<sup>r</sup> Jean Grégoire, sous-ministre de la Santé du

---

<sup>12</sup> Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-484/ 198, Lettre du Dr. L.R. Vézina à l'honorable Dr. Alphonse Couturier, Ministre de la Santé au Québec, 19 juin 1961.

<sup>13</sup> *Ibid.*

Québec, le D<sup>r</sup> Lamontagne, surintendant médical, fait état des moyens mis en œuvre pour contrer le surpeuplement du réseau psychiatrique :

Nous espérons toujours une augmentation de lits disponibles, plus particulièrement dans le district de Montréal, tant pour faire face aux besoins actuels que pour remédier à l'encombrement toujours nuisible au bien-être des malades et à la bonne administration de l'hôpital.<sup>14</sup>

En fait, les psychiatres de la *vielle garde* sont partie prenante des choix sociaux impliqués dans la lourde structure asilaire, et sont tout aussi soumis à la suprématie du clergé. Certes, ils sont susceptibles de favoriser une réforme interne des asiles grâce à laquelle ils assumeraient un rôle plus important aux dépens des congrégations religieuses. Ce sont en effet les traditionalistes qui détiennent les postes-clés dans le réseau psychiatrique, notamment ceux de surintendants médicaux. Mais, dans l'arène publique, ces psychiatres d'asiles vont rester fermes dans leur appui au système en place. Pour eux, la désinstitutionnalisation n'apparaît pas comme une solution souhaitable. Malgré la présence des congrégations religieuses, ces psychiatres, de par leur statut de médecin, possèdent une certaine notoriété dans la société.

De plus, depuis 1950, la Loi concernant les hôpitaux pour le traitement des maladies mentales confère au surintendant un pouvoir important sur la destinée du malade dans le réseau psychiatrique. L'admission, le choix entre la cure fermée ou libre et le congé définitif du malade relève entièrement de lui. Le surintendant médical vient donc d'obtenir une autorité non négligeable dans le système psychiatrique. Certains iront même jusqu'à nier la crise du système asilaire<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-484/ 198. Lettre destinée à Monsieur Jean Grégoire MD, Sous-ministre de la Santé, Québec, Dr. JP Lamontagne, surintendant médical, 12 juin 1952.

<sup>15</sup> C'est le cas, par exemple, du Dr. Dumas, directeur de *L'Union médicale du Canada*, qui affirme : « A la vérité, il n'existe aucun état d'urgence dans le domaine de la psychiatrie chez nous actuellement. (...) On a crié au scandale de la psychiatrie. Je crains que le véritable scandale n'ait été dans l'imagination de ceux-là même qui ont poussé les clameurs. Il s'agit là, comme chacun sait, d'un phénomène de projection bien connu en psychiatrie ». Paul Dumas, « A propos d'une campagne injustifiée contre nos hôpitaux psychiatriques, *L'Union médicale du Canada*, Tome 90, décembre 1961, p.1397.

Étant donné des discours idéologiques aussi diamétralement opposés, la rupture entre les médecins progressistes et leurs confrères traditionalistes sera irrémédiable. La communauté psychiatrique demeure divisée sur l'orientation future que doit prendre la psychiatrie au Québec. Le dépôt du rapport Bédard en 1962 vient finalement donner raison aux modernistes.

Pour sa part, la société civile elle-même joue un rôle majeur dans l'application d'une nouvelle réforme. La désinstitutionnalisation repose avant tout sur une approche psychiatrique qui s'appuie sur la communauté même et qui implique plusieurs acteurs sociaux, tels que les parents, les conjoints et les proches des malades mentaux. Concrètement, la réussite de la réintégration des psychiatisés dans la société dépend de l'accueil que leur réserve la société. Dans ces conditions, il importe de se préoccuper de l'opinion du public et des membres de la communauté à l'égard de la désinstitutionnalisation.

Dans la mouvance contestataire de la révolution psychiatrique, les défenseurs d'une réforme jettent un regard critique sur la communauté et les familles. D'après le syndicaliste Jean Marchand, les conditions d'internement n'auraient pu être ce qu'elles sont sans cette « traditionnelle apathie<sup>16</sup> » du public. L'opinion publique fait souvent peu de cas de la cause des malades mentaux alors que certains médecins et administrateurs des établissements psychiatriques semblent souvent dépourvus face à la crise du réseau psychiatrique. Le D<sup>r</sup> Marcel Berthiaume de Saint-Jean-de-Dieu affirme également :

Vous ne sauriez combien souvent le travail de l'hôpital est fortement compliqué, sinon tout simplement annulé, par le désintéressement de la communauté vis-à-vis du malade quand ce n'est pas de l'opposition pure et simple à sa sortie ou de la répugnance à le recevoir.<sup>17</sup>

Quoi qu'il en soit, l'appui du public est indispensable dans la mise en œuvre d'un projet de remaniement du réseau psychiatrique puisqu'il doit indirectement en assumer les coûts et

---

<sup>16</sup> « L'apathie du public est en partie responsable des erreurs dénoncées », *La Presse*, 30 août 1961, p.26.

<sup>17</sup> Marcel Berthiaume, « La psychiatrie dans l'hôpital psychiatrique », *L'Union médicale du Canada*, tome 87, janvier 1958, p.20.

prendre part au processus de réintégration du malade dans la société. En effet, la réinsertion du patient dans la communauté n'est possible que dans une société sensibilisée aux problèmes reliés à la maladie mentale :

Presque tous les psychiatres veulent une réforme. Mais ce n'est pas tout : le public doit partager les mêmes vues. Et jusqu'ici, le plus grand ennemi du malade mental a justement été... le public<sup>18</sup>.

En fait, le pessimisme thérapeutique qui déferle sur la pratique psychiatrique au début du XX<sup>e</sup> siècle a un impact non seulement sur le modèle de prise en charge des malades préconisé par l'Église et l'État, mais également sur la vision que la société se fait de la folie et du fou. Pour les familles, l'internement apparaît comme la seule issue à la maladie mentale. La dégénérescence de l'asile a engendré une vision fataliste de la maladie mentale qui a elle-même accéléré la chute de l'asile. Dans le contexte asilaire de l'époque étudiée, il est coutumier de voir la famille se retirer graduellement de la vie du patient interné. Par honte, certains parents ou conjoints rendent visite au malade en cachette, alors que d'autres renoncent complètement à entretenir un lien avec leur proche<sup>19</sup>. Par ailleurs, comme le soutient le D<sup>r</sup> Griffin, directeur général de l'Association canadienne pour la santé mentale, devant la honte liée à l'hospitalisation, plusieurs malades vont parfois jusqu'à refuser de se faire soigner, et ce, malgré le mal de vivre qui les déchire<sup>20</sup>.

Pour un contemporain, il est facile de tomber dans cette image typique qui sous-tend le discours des modernistes de l'époque, qui présentent souvent les familles et les citoyens comme un peuple inculte, insensible ou déraisonné à qui l'on doit montrer le droit chemin.

---

<sup>18</sup> Jacques Pigeon, «Enquête sur les hôpitaux psychiatriques. Notre système a 65 ans de retard», *La Presse*, 30 août 1961, p.26. Voir le récit fascinant fait par Henri Dorvil sur la résistance de la population à l'expérience d'*open door* faite à L'Annonciation dans les années 1960. Henri Dorvil, «La désinstitutionnalisation: du fou de village aux fous des villes», *Bulletin d'histoire politique*, vol. 10, no. 3, été 2002, p. 88-104.

<sup>19</sup> Pagé, *Les fous crient au secours*, p. 139

<sup>20</sup> Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-484/ 198, Dr. J.D. Griffin, Directeur général de l'Association canadienne pour la santé mentale, *La santé mentale*, 12 p.

Les familles, aux prises avec des considérations diverses telles que les conventions sociales, l'amour, la honte, le désir d'aider un proche, l'espoir de guérison et l'opinion du psychiatre, font face à un choix déchirant. De récents travaux sur l'histoire de la folie font preuve d'une grande empathie envers la situation réelle des familles. Dans le livre *Une toupie sur la tête*, Cellard et Thifault présentent des lettres écrites par des patients internés à Saint-Jean-de-Dieu et leur famille. Étant donné l'absence de maisons de transition dans la communauté, la famille constitue le seul lien qui rattache le malade au monde extérieur, lien qui se concrétise par des visites, des lettres et parfois des séjours du malade dans le milieu familial. Une famille qui refuse d'abriter l'un de ses membres met souvent en péril ses chances de sortie de l'asile. Les familles jouent donc un rôle important sur le destin des malades internés. Toutefois, le tableau que dressent Cellard et Thifault n'est pas entièrement sombre et démontre que, dans certains cas, les liens d'attachement arrivent à outrepasser la frontière de l'asile qui éloigne le malade de sa famille<sup>21</sup>.

En outre, une étude menée par le sociologue Henri Dorvil dans les années 1980 sur la clientèle de l'Hôpital Louis-Hippolyte-Lafontaine affirme que de nombreux patients reçus à l'urgence-admission de l'institution vivent dans le milieu familial naturel. Les résultats de l'enquête démontrent clairement l'importance du « réseau social primaire » au Québec dans le secteur de la psychiatrie<sup>22</sup>. On peut donc supposer que certaines familles dans les années 1950 préféreraient déjà garder à la maison le malade plutôt que d'opter pour l'internement et ce, en dépit d'un manque de ressources dans la communauté.

En vérité, plusieurs autres familles souhaiteraient sûrement reprendre le membre malade avec elle, mais cela représenterait un lourd fardeau et une pression supplémentaire pour ces familles déjà aux prises avec tant de difficultés. Le problème réside dans le fait qu'aucun outil n'est mis à la disposition des aidants potentiels afin de les soutenir dans la prise en charge du malade. Très rationnellement, les familles considèrent qu'il ne suffit pas de

---

<sup>21</sup> André Cellard et Marie-Claude Thifault, *Une toupie sur la tête*, Montréal, Boréal, 2007, p.276-277.

<sup>22</sup> Henri Dorvil, « Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine », *Santé mentale au Québec*, vol. 12, no 1, 1987, p.79-89.



réintégrer le malade pour résoudre la crise du réseau psychiatrique. Choisir de s'occuper d'un malade à la maison dans les années 1950 signifie apprendre à se débrouiller seul, sans aide ni appui. Cela veut également dire vivre avec les préjugés et les regards des autres. La transition entre une perception sociale qui voit la folie comme incurable et une approche nouvelle qui suppose l'intégration dans la communauté prend un certain temps. Les préjugés face à la maladie mentale sont encore ancrés dans les mentalités, d'où l'importance de sensibiliser l'opinion publique à la maladie mentale. Il faut donner le temps à la société de s'ajuster, mais, encore plus, il faut lui donner les outils nécessaires afin de rendre possible cette réintégration sociale du malade. La désinstitutionnalisation nécessite avant tout une prise en charge par l'État du réseau psychiatrique qui, par des actions concrètes, pose les bases d'un réseau de services communautaires solides.

Ainsi, les origines de la désinstitutionnalisation sont attribuables à la fois à des facteurs idéologiques, scientifiques et sociaux. À l'aube de la Révolution tranquille, la psychiatrie québécoise entre dans la période la plus tumultueuse de son histoire. La découverte vers le milieu du XX<sup>e</sup> siècle de nouveaux moyens thérapeutiques efficaces pouvant soigner les malades vient redonner espoir. Cet espoir se diffuse non seulement dans le milieu psychiatrique, mais également au sein de la population. En devenant curable, la folie apparaît sous un nouveau jour et devient une maladie au même titre que les autres. La manière de traiter le malade apparaît alors comme déficiente et discrédite le modèle asilaire. En effet, le séjour prolongé en établissement psychiatrique finit par isoler les malades de la société alors que plusieurs d'entre eux n'auraient besoin que d'un suivi semi-supervisé. Le mouvement qui remet en question l'asile au Québec s'inscrit dans un contexte de mutation beaucoup plus large et qui traverse la communauté médicale en Occident. Désormais, l'asile à proprement parler relève d'une vision tout à fait désuète de la maladie mentale.

Avec le développement de la discipline psychiatrique, auquel on ajoute les avancements au niveau des psychotropes, la révolution psychiatrique est inévitable. Cette révolution ira en s'amplifiant dans le contexte sociopolitique du Québec des années 1960. L'enthousiasme est alors à son comble chez les psychiatres qui, optimistes plus que jamais auparavant, se donnent pour ambition de guérir la maladie mentale. Un grand débat de société émerge donc

au sujet du système psychiatrique à préconiser dans la province. Les accusations sur les tares du système psychiatrique en place fusent de toutes parts, visant l'État, les psychiatres d'asiles, les communautés religieuses, les familles et la population en général, en tant que témoins silencieux d'un système aux effets dévastateurs.

Le tapage médiatique engendré par les grands scandales à propos des établissements psychiatriques et la sortie du livre *Les fous crient au secours* mettent le feu aux poudres au sein de l'opinion publique. La société est prête. Soudainement, ce qui était acceptable cesse de l'être. Rapidement, les dénonciations écrites sous la plume de psychiatres et journalistes notoires, relayées par celles d'un ancien patient interné, rejoignent les grandes lignes des revendications réclamées par les défenseurs de la Révolution tranquille qui militent en faveur de l'abolition des pouvoirs du clergé au profit d'un État fort.

Ainsi, pour les partisans de la révolution psychiatrique, tous les espoirs sont permis lors de l'arrivée au pouvoir du gouvernement Lesage le 22 juin 1960. L'heure est à la réforme dans l'ensemble des structures sociopolitiques et économiques du Québec. En psychiatrie, l'arrivée d'une nouvelle génération de politiciens laisse présumer l'éventuelle victoire des modernistes, notamment avec la création d'une commission d'enquête laissée aux mains de jeunes psychiatres aux idées progressistes. Déposé en 1962, le rapport Bédard vient officialiser les discours psychiatriques progressistes des années 1950. Il annonce un changement de cap majeur avec le passage d'une psychiatrie réservée au milieu clos de l'asile à une pratique communautaire axée sur des soins dispensés dans la collectivité et intégrée à l'ensemble du réseau de santé. Le rapport Bédard s'inspire ainsi des normes internationales afin de procéder à une modernisation du système psychiatrique québécois. Désormais, le fou peut rester dans son milieu de vie et y recevoir des soins adéquats afin de prévenir les effets nocifs liés à l'internement. Le changement initié par le rapport Bédard est fondamental. Il annonce l'étatisation des asiles, la mise à l'écart des communautés religieuses au profit des psychiatres, l'intégration des hôpitaux psychiatriques dans un réseau public et une nouvelle gestion des ressources humaines, le tout sous la houlette de la nouvelle Division des services psychiatriques au sein du Ministère de la Santé, division créée par le gouvernement du Québec le 2 juin 1962. C'est le début de la désinstitutionnalisation.

Certes, le rapport Bédard marque une rupture profonde. Mais il convient d'apporter certaines nuances. Bien sûr, il n'y a aucun doute sur le fait que le rapport Bédard est l'initiateur d'une politique de désinstitutionnalisation. Toutefois, le système va garder encore longtemps son caractère lourdement institutionnel dans les années 1960 et la désinstitutionnalisation se fera plutôt à la fin des années 1960, et plus encore dans les années 1970-1980. De fait, malgré l'enthousiasme initial, la réforme introduite par le rapport Bédard représente un défi de taille qui exige la mise en place d'une logistique importante. Ainsi, les années qui suivent se caractérisent par le développement de la psychiatrie communautaire, la sectorisation des soins de santé, la création de départements de psychiatrie au sein des hôpitaux généraux et la croissance spectaculaire du nombre d'employés qualifiés œuvrant dans le domaine. L'ex-patient de l'Institut Albert-Prévost, Laurent Bouliane résume bien le sentiment général qui suit le dépôt du rapport Bédard de 1962 :

Notre société est en face d'une tâche énorme. Elle devra accepter d'assumer ses responsabilités envers le malade mental qu'elle a trop longtemps ignoré. Mais, elle sait qu'elle peut compter, je le répète, sur une élite d'hommes jeunes et dynamiques qui, sous la direction de maîtres compétents et éclairés, vouent leur vie à la psychiatrie dans le but de comprendre l'individu atteint de troubles mentaux. Accordons-leur notre confiance et notre appui. Nous les jugerons plus tard.<sup>23</sup>

Au-delà des bonnes intentions, l'histoire, même récente, montre que la désinstitutionnalisation n'a pas été sans ratés et pose en fait autant de problèmes qu'elle prétendait en résoudre. La révolution psychiatrique n'est pas achevée et reste probablement à venir...

---

<sup>23</sup> Laurent Bouliane, «L'opinion d'un ex-patient», *Cité libre*, vol. 13 no 48, juin-juillet 1962, p. 10.

## BIBLIOGRAPHIE

### 1. Sources

#### A. Archives manuscrites

Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-484/ 198, Dr. J.D. Griffin, Directeur général de l'Association canadienne pour la santé mentale, *La santé mentale*, 12 p.

Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-484/ 198. Lettre destinée à Monsieur Jean Grégoire MD, Sous-ministre de la Santé, Québec, Dr. JP Lamontagne, surintendant médical, 12 juin 1952.

Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-484/ 198, Lettre du Dr. L.R.Vézina à l'honorable Dr. Alphonse Couturier, Ministre de la Santé au Québec, 19 juin 1961.

Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-484/ 198, Lettre du Dr. L.R.Vézina au Dr. Charles Stogdill, chef du Mental Health Division, Ottawa, 25 août 1950.

Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-484/ 198, « Lettre-nouvelles », Association Canadienne de Psychiatrie, no 10, février 1962.

Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-484/ 198, The Fifth Meeting of the Advisory Committee on Mental Health, 22-23 janvier 1951, p.21.

Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-484/ 199. Small Regional Hospitals versus Present Organization of Mental Hospitals in Canada, Summary of Discussion at 9th Meetings of Advisory Committee on Mental Health, novembre 1956, 3p.

Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-484/ 201, Dr. D.G. McKerracher, « Mental Health », Saskatchewan Community, vol.3, no.4, 10 octobre 1951.

Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-484/ 201, Lettre du H.G. Dunn au Dr. L.R. Vezina, chef du Mental Health Division, 3 novembre 1955.

Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-484/ 202, Lettre du Dr. Alphonse Couturier, ministre du Ministère de la Santé, aux autorités concernées, Québec, le 11 septembre 1961.

Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-580/ 33, Directeur des services de l'enseignement, Le problème de la déficience mentale dans la province de Québec, 9 janvier 1961, p.2.

Archives nationales du Québec, *Fonds Ministère de la Santé et des Services sociaux*, E8, 1960-01-580/ 33, Working Paper on Mental Retardation, p.3.

## B. Sources imprimées

« Adolescent condamné à pourrir à Bordeaux ». *Vrai*. 1957. Vol. 3, no 35, p.8.

Alexander, Leo. 1957. « Objective Approches to Treatment in Psychiatry », *Canadian Psychiatric Association journal*, vol. 2, no 2, p.77-94.

Amyot, Roma. 1955. « La fatigue en neuro-psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, tome 84, p.1159-1162.

Amyot, Roma. 1957. Compte rendu de l'ouvrage de M.J. Schwartz « Lobotomie. Étude de 45 malades lobotomisés portant sur 6 années d'observation », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 113, no 224, septembre 1956, dans *L'Union médicale du Canada*, tome 86, p.87.

Amyot, Roma. 1957. « Éditorial », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, p.783-784.

Amyot, Roma. 1957. « L'ère des neuroleptiques en pathologie mentale et le climat des hôpitaux psychiatriques », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, p.491-492.

Azima, H. 1956. « The Use of Chlorpromazine and Reserpine in Psychological Disorders in General Practice », *Canadian Medical Association journal*, vol. 74, no 11, p.929-931.

Azima, H., I. Kent et R. A. Cleghorn. 1955. « Rauwolfia Alkaloids in Mental Syndromes », *Canadian Medical Association journal*, vol. 73, no 11, p.866-871.

Barbeau, André. 1957. « Un mot d'ordre », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, p.825-827.

Barbezat, Maurice. 1955. Compte-rendu de l'ouvrage de G. Lomas, R. H. Boardman et M. Markowe, « Complications of Chlorpromazine therapy in eight hundred Mental Hospital patients », *The Lancet*, vol. 22, no 1144, juin 1955, dans *L'Union médicale du Canada*, tome 84, p.1317-1318.

- Barton, Russell. 1969. *La névrose institutionnelle*. Paris : Éditions du Scarabée, 97 p.
- Beaudoin, Gérard. 1961. « Le follow-up des malades psychiatriques après l'hospitalisation », *L'Union médicale du Canada*, tome 90, p.966-968.
- Beaulnes, Aurèle. 1952. « La psychanalyse », *Bulletin laennec*, vol. 2, no 1, p.2-10.
- Beaulnes, Aurèle. 1960. « Pharmacologie des tranquillisants », *L'Union médicale du Canada*, tome 89, p.458-461.
- Beers, Clifford Whittigham. 1981. *A Mind that Found Itself: an Autobiography*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 205 p.
- Berthiaume, Marcel. 1956. « Actualités thérapeutiques en neuro-psychiatrie: la réserpine (serpasil) », *L'Union médicale du Canada*, tome 85, p.1039-1042.
- Berthiaume, Marcel. 1957. « Congrès international de psychiatrie Zurich 1957 », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, p.1280-1282.
- Berthiaume, Marcel. 1958. « La psychiatrie dans l'hôpital psychiatrique », *L'Union médicale du Canada*, tome 87, p.19-23.
- Berthiaume, Marcel. 1958. « Traitement et pronostic de la psychose maniaco-dépressive », *L'Union médicale du Canada*, tome 87, p.805-811.
- Berthiaume, Marcel. 1959. « L'hôpital mental », *L'Union médicale du Canada*, tome 88, p.162-165.
- Bordeleau, Jean-Marc. 1957. « La psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, p.1277-1279.
- Bordeleau, Jean-Marc. 1957. « Les maladies mentales seraient-elles des maladies organiques? », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, p.282-284.
- Bordeleau, Jean-Marc. 1959. « La thérapeutique en vingt médicaments », *L'Union médicale du Canada*, tome 88, p.501-502.
- Bordeleau, Jean-Marc. 1959. « Les neuroleptiques en psychiatrie », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol.5, no 10, p.26-29.
- Bordeleau, Jean-Marc. 1960. « Regard sur la psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, tome 89, p.1-3.
- Bordeleau, Jean-Marc. 1961. « Congrès mondial de psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, tome 90, p.724-726.

- Bordeleau, Jean-Marc. 1961. « La thérapeutique en psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, tome 90, p.962-965.
- Bouchard, Marcel, Geo.-Henri Larue et Jacques Turmel. 1956. « Le frenquel en psychiatrie », *Laval médical*, vol.21, no 6, p.765-776.
- Boulanger, J.-B. 1955. Compte-rendu de l'ouvrage de J.D. Campbell, « Electroconvulsive therapy and Depressions », *Diseases of the Nervous System*, vol.15, no 241, août 1954, dans *L'Union médicale du Canada*, tome 84, p.94-95.
- Boulanger, J.-B. 1958, «La psychanalyse est-elle une psychothérapie?», *Montréal médical*, vol.X, no 2, p.35-37.
- Boulanger, J.-B. 1959. « Approches psychanalytiques », *Canadian Psychiatric Association journal*, vol. 4, no 3, p.172-175.
- Bouliane, Laurent. 1962. «L'opinion d'un ex-patient», *Cité libre*, vol. 13 no 48, p.9-10.
- Cartier, Georges-Étienne. 1958. «Réflexions sur l'Hôpital canadien-français en fonction du temps présent », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol. 4, no 4, p.35-42.
- Clancey, I.L.W., John Cumming et Elaine Cumming. 1957. « Training Psychiatric Nurses – A Re-evaluation », *Canadian Psychiatric Association journal*, vol. 2, no 1, p.26-33.
- Cleveland, E.J., et F.R. Townsend. 1960. « Home Treatment of Depression with Imipramine (Tofranil) », *Canadian Medical Association journal*, vol. 83, no 10, p.532-533.
- Cloutier, François. 1956. « Évolution de la psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, tome 85, p.301-304.
- Cloutier, François. 1957. « Bilan de congrès », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, p.1425-1427.
- Cloutier, François. 1957. « Notes sur l'utilisation du Largactil en psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, p.680-682.
- Cloutier, François. 1958. « Méthodes thérapeutiques en psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, tome 87, p.1286-1293.
- « Colloque international sur le système extra-pyramidal et les neuroleptiques ». *L'Union médicale du Canada*. 1960. Tome 89, p.1671.
- Comtois, Jean. 1957. «À la prison de Bordeaux. Les malades gèlent dans les cellules!», *Vrai*, vol. 3, no 20, p.1 et 8.

- Comtois, Jean. 1957. «A la prison de Bordeaux. Malades laissés à eux-mêmes dans l'écho des pendaïsons», *Vrai*, vol. 3, no 19, p.5.
- Comtois, Jean. 1956. «Lynchage et suicide à la prison de Bordeaux », *Vrai*, vol. 3, no 18, p.1 et 2.
- « Congrès de psychiatrie à Montréal ». *L'Union médicale du Canada*. 1956. Tome 85, p.1093.
- Coulombe, Maurice, et Jean-Yves Gosselin. 1957. « Le Largactil chez les épileptiques internés », vol.24, no1, *Laval médical*, p.12-23.
- Coulombe, Maurice, et Yves Rouleau. 1956. « Effet favorable du traitement par la chlorpromazine dans un cas de schizophrénie », *Laval médical*, vol. 21, no 10, p.1339-1342.
- «Cri de désespoir des malades de l'hôpital de Bordeaux. Le scandale de l'hôpital de Bordeaux». *Vrai*. 1956. Vol. 3, no 17, p.1 et 7.
- David, Paul. 1955. « La recherche est-elle possible dans un hôpital canadien-français? », *L'Union médicale du Canada*, tome 84, p.1240-1245.
- D.E.C. 1961. « The Open Door », *Canadian Psychiatric Association journal*, vol. 6, no 2, p.55-57.
- Delâge, Jean. 1954. « Le problème de la déficience mentale chez l'enfant dans la province de Québec », *Laval médical*, vol.19, no 5, p.614-623
- Delay, Jean. 1961. « Médecine mentale et progrès scientifique », *L'Union médicale du Canada*, tome 90, p.972-977.
- Desbiens, Jean-Paul. 1960. *Les insolences du frère Untel*. Montréal : Éditions de l'homme, 158 p.
- Dubreuil, Albert. 1956. «Parce qu'on manque de place dans les asiles, 14 démentes emprisonnées au poste de police no 1», *Vrai*, vol. 2, no 29, p.3.
- Dufresne, Georges. 1961. « Qui opprime les malades mentaux? » *Cité libre*, vol. 12, no 40, p.17-21.
- Dumas, Paul. 1961. « A propos d'une campagne injustifiée contre nos hôpitaux psychiatriques, *L'Union médicale du Canada*, Tome 90, p.1396-1397.
- Ehrlich, Robert M. 1959. «A Neurological Complication in Children on Phenothiazine Tranquillizers», *Canadian Medical Association journal*, vol. 81, no 4, p.241-243.



- Ellenberger, H.F. 1960. « Zoological Garden and Mental Hospital », *Canadian Psychiatric Association journal*, vol. 5, no 3, p.136-149.
- Ferron, Léo-Paul. 1957. « Les praticiens au service des malades mentaux », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, p.850-854.
- Ferron, Léo-Paul. 1958. « Pour de meilleures relations entre le praticien et le psychiatre », *L'Union médicale du Canada*, tome 87, p.24-26.
- Forster, W., W. Schlichther et A.L. Henderson. 1955. « Reserpine in Chronic Psychoses », *Canadian Medical Association journal*, vol. 73, no 12, p.951-955.
- Gauthier, C.-A., et Maurice Coulombe. 1958. « La psychiatrie dans l'hôpital général », *L'Union médicale du Canada*, tome 87, p.12-15.
- Gauthier, C.-A., Maurice Coulombe, René Pion et Jacques Turmel. 1957. « Un aspect du traitement psychiatrique en hôpital général : L'électroplexie », *Laval médical*, vol. 22, no 5, p.603-611.
- Gélinas, Réal, et Camille Laurin. 1961. « Incidences psychiatriques de la porphyrie », tome 90, *L'Union médicale du Canada*, p.52.
- Gibson, Robert. 1958. « An Encouraging Report », *Canadian Medical Association journal*, vol. 79, no 8, p.672-673.
- Gingras, Gustave, et Gilberte Gagnon. 1961. « Maladies chroniques et assurance-hospitalisation », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol. 7, no 10, p.66-72.
- Goffman, Erving. 1958. « Characteristics of Total Institutions ». In *Symposium on Preventive and Social Psychiatry*. Washington: U.S. Govt. Printing Office, p.43-84.
- Goffman, Erving. 1968. *Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Éditions de Minuit, 447 p.
- Grenier, Jacques, Georges-Henri Larue, Roger Parent et Jacques Turmel. 1956. « La réserpine en psychiatrie », *Laval médical*, vol.22, no 2, p.181-187.
- Griffin, J.D.M. 1960. Compte-rendu de l'ouvrage de Joseph Wortis, « Soviet Psychiatry », Toronto, Burns and MacEachern, 1950, 314p., *Canadian Psychiatric Association journal*, vol. 5, no 3, p.138-142.
- G., S. 1959. « American Psychiatric Association », *Canadian Medical Association journal*, vol. 80, no 11, p.914-917.
- Hébert, Jacques. 1955. « Deux ans de prison », *Vrai*, vol.1, no 35, p.8.

- Hébert, Jacques. 1955. « Prisonnier à Bordeaux parce que la société n'a jamais voulu de lui », *Vrai*, vol. 3, no 20, p.3 et 12.
- Hébert, Jacques. 1957. « A cause de l'incurie du procureur général. Folles enfermées dans des cages! », *Vrai*, vol. 3, no 21, p.1 et 4.
- Hébert, Jacques. 1959. *Scandale à Bordeaux*. Montréal : Éditions de l'Homme, 157 p.
- « Hospitalisation : Demi-hospitalité ». *Vrai*. 1956. Vol. 3, no 3, p.9.
- H., V. 1958. « Le scandale dure depuis 9 ans! Malades mentales enfermées dans des cages, comme des bêtes, au poste numéro 1 », *Vrai*, vol. 5, no 10, p.7.
- « "Institutionalized" Outpatient ». *Canadian Medical Association journal*. 1962. Vol. 87, no 9, p.515-516.
- Jacob, Willie. 1959. « "Tranquilisant", "Ataraxique" ou "Neuroleptique" ? », *Montréal médical*, vol.X, no 9, p.4-6.
- Jacoby, M.G. 1958. « Intravenous Chlorpromazine », *Canadian Medical Association journal*, vol. 79, no 2, p.147-148.
- Jobin, Pierre. 1955. « L'avenir des hôpitaux privés », *L'Union médicale du Canada*, tome 84, p.566-570.
- Jones, A.L., et M.E. Miller. 1960. « Day Centre in Toronto for Psychiatric Patients », *Canadian Medical Association journal*, vol. 83, no 16, p.846-848.
- Jones, Robert O. 1960. « The Treatment of Psychiatric Illness: Modern Trends in Medicine », *Canadian Medical Association journal*, vol. 82, no 26, p.1297-1302.
- Laberge, Pierre. 1961. « Le point de vue d'un psychiatre », *Cité libre*, vol. 12, no 40, p.20.
- Laberge, Pierre. 1962. « Milieu thérapeutique et psychiatrie », *Cité libre*, vol. 13, no 48, p.6-7.
- Lambert, Jules. 1962. « Les aspects psychiatriques de la limitation des naissances », *Laval médical*, vol.33, no 3, p.184-193.
- Lambert, Jules, et Henri Racine. 1959. « Considérations sur le placement en emploi des déficients mentaux », *Laval médical*, vol.27, no 2, p.208-227.
- « La Médecine psychosomatique ». *Bulletin laënnec*. 1953. Vol. 4, no 2, p.1-7.
- Lancy, J. 1961 « Clinical Use of Pacatal in the Care of Disturbed Mentally Retarded Patients », *Canadian Psychiatric Association journal*, vol. 6, no 1, p.26-27.

- Langlois, Marcel. 1959. « L'intégration des malades chroniques dans l'orbite de l'hôpital général », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol. 5, no 4, p.25-29.
- La Presse*, Montréal, août 1961 à septembre 1961 et mars 1962.
- Larivière, Paul. 1951. « Deuxième réunion du "Mental Hospital Institute" », *L'Union médicale du Canada*, tome 80, p.251.
- Larivière, Paul. 1952. « Définition et limites de la psychiatrie », *L'Union médicale du Canada*, tome 81, p.572-574.
- Larivière, Paul. 1956. « Quelques commentaires sur la chlorpromazine », *Canadian Psychiatric Association journal*, vol. 1, no 1, p.18-23.
- Larue, G.-H., A. Pelletier et C. Drolet. 1950. « Lobotomie et hypochondrie », *Laval médical*, vol.15, no10, p.1347-1353.
- Larue, Lucien. 1950. « Chronique neuro-psychiatrique », *Laval médical*, vol.15, no 1, p.69-71.
- Larue, Lucien. 1957. « L'institution d'un département de psychiatrie », *Laval médical*, vol. 23, no 1, p.353-361.
- « La schizophrénie juvénile ». *Canadian Medical Association journal*. 1960. Vol. 82, no 5, p.272-273.
- Laurendeau, E. 1953. « Les maladies chroniques ou maladies prolongées problème médical et social », *L'Union médicale du Canada*, tome 82, p.1118-1120.
- Laurin, Camille. 1958. « Essor de la psychiatrie française », *L'Union médicale du Canada*, tome 87, p.1069-1071.
- Laurin, Camille. 1961. « La maladie mentale : un défi à notre conscience collective ». In *Les fous crient au secours*, Jean-Charles Pagé, p.143-156. Montréal : Éditions du Jour.
- Laurin, Camille. 1962. « L'enseignement de la psychologie médicale à l'Université de Montréal », *Canadian Medical Association journal*, vol. 86, no 14, p.619-620.
- Le Devoir*, Montréal, août 1961 à septembre 1961 et mars 1962.
- Lefebvre, Paul, et al. 1958. « The Role of the Relative in a Psychotherapeutic Program : Anxiety Problems and Defensive Reactions Encountered », *Canadian Medical Association journal*, vol. 3, no 3, p.110-118.
- Lefebvre, Pierre. 1962. « Services externes en psychiatrie », *Cité libre*, vol. 13, no 48, p.5-6.

- Léger, Yvan. 1957. « Les thérapies de chocs », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, p.855-857.
- Léger, Yvan. 1958. « Vesprin dans le traitement des schizophrènes chroniques », *L'Union médicale du Canada*, tome 87, p.831-833.
- Lehmann, H.E. 1955. «Therapeutic Results with Chlorpromazine (Largactil) in Psychiatric Conditions», *Canadian Medical Association journal*, vol. 72, no 2, p.91-99.
- Lépine, Bernadette. 1956. « À l'institut Albert Prévost », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol. 2, no 3, p.19.
- « Lettre des États-Unis ». *L'Union médicale du Canada*. 1961. Tome 90, p.628-629.
- Levesque, René. 1956. «Le procès de la médecine». *Vrai*, vol. 2, no 22, p.9.
- « L'hôpital où on ne soigne pas. "Saint-Jean-de-Dieu" est un enfer ! ». *Vrai*. 1956. Vol.2, no 32, p.10 et 12.
- Lortie, Gilles. 1961. « La dépression », *L'Union médicale du Canada*, tome 90, p.955-957.
- Lortie, Gilles. 1962. « La psychiatrie dans la cité », *Cité libre*, vol. 13, no 48, p.2-3.
- L., P. 1962. « Présentation » *Cité libre*, vol. 13, no 48, p.1.
- Mallinson, T.J., et W.T. Lawson. 1957. « Assessing the Use of Group Methods in Rehabilitating the Psychiatric Patient», *Canadian Psychiatric Association journal*, vol. 2, no 4, p.190-197.
- Marcotte, J.-E.-A. 1954. « L'hygiène mentale au service de santé », *L'Union médicale du Canada*, tome 83, p.1269-1271.
- Martin, C.-A., et René Pion. 1962. « Lobotomie préfrontale dans le traitement des névroses graves », *Laval médical*, vol. 33, no 5, p.318-320.
- Martin, Charles-A. 1954. « Épreuve du Largactil en psychiatrie », *Laval médical*, vol. 19, no 8, p.1079-1094.
- Martin, Morgan. 1960. « Pressures on Practitioners to Prescribe Tranquillizers», *Canadian Medical Association journal*, vol. 82, no 3, p.133-135.
- Martin, Paul. 1950. « Le médecin de famille et le progrès de la santé », *L'Union médicale du Canada*, tome 79, p.663-667.
- Mason-Browne, N.L. 1958. « Perphenazine in Practice», *Canadian Medical Association journal*, vol. 79, no 12, p.985-988.

- « Mental Retardation », *Canadian Medical Association journal*. 1956. Vol.74, no 5, p.394.
- Nadeau, Honoré. 1958. « La psychiatrie vue par le médecin », *L'Union médicale du Canada*, tome 87, p.15-19.
- O., H. 1956. « Child of the Devil : Enfant du Bon Dieu », *Canadian Medical Association journal*, vol.75, no 4, p.312-313.
- Osmond, Humphry. 1955. « The Changing Mental Hospital », *Canadian Medical Association journal*, vol. 73, no 12, p.975-976.
- Pagé, Jean-Charles. 1961. *Les fous crient au secours*. Montréal : Éditions du Jour, 156 p.
- Patton, Gordon O. 1961. « Foster Homes and Rehabilitation of Long-Term Mental Hospital Patients », *Canadian Psychiatric Association journal*, vol. 6, no 1, p.20-25.
- Pascoe, Herbert. 1959. « Why such apprehension over "shock treatment" ? », *Canadian Medical Association journal*, vol. 81, no 9, p.738-741.
- Paul-Hus, G. 1959. «Thérapeutic collective des malades chroniques», *Canadian Psychiatric Association Journal*, vol. 4, no 1, p.17-19.
- Pelletier, Alphonse, et Guy Paradis. 1951. « Alcool intraveineux et électro-choc dans le traitement des délires aigus », *Laval médical*, vol.16, no 4, p.478-482.
- Pilon, Alcide. 1957. « Les tranquillisants ou ataraxiques ou neuroplégiques », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, p.848-849.
- Poupart, Gilles. 1955. « Si vous aviez passé l'été. En psychiatrie », *Doc*, vol. v, no 2, p.5.
- « Premières réformes à la prison de Bordeaux ». *Vrai*. 1958. Vol. 5, no 8, p.12.
- «Provincial News». *Canadian Medical Association journal*. 1958. Vol. 79, no 1, p.78.
- Prud'homme, Claude. 1958. «L'électro-choc», *Montréal médical*, vol. X, no 7, p.4-5
- Rapport Bédard, Ministère de la Santé, *Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, Dominique Bédard, Denis Lazure, Charles A. Roberts, Québec, Éditeur officiel, 1962, 157 p.
- Rapport Castonguay-Nepveu, Ministère de la Santé, *L'évolution des services de santé et des modes de distribution des soins au Québec*, Jean-Yves Rivard, Gilbert Blain, Jean Claude Martin et Yolande Taylor, annexe 2, Québec, Éditeur officiel, 1970, 125 p.
- Roberge, Jean. 1957. «La psychiatrie», *Montréal médical*, vol. IX, no 4, p.6.

- Roberts, C.A. 1960. «Modern Treatment for Mental Illness», *Canadian Medical Association journal*, vol. 83, no 12, p.648-650.
- Rogers, Carl Ramson et G. Marian Kinget. 1969. *Psychothérapie et relations humaines : théorie et pratique de la thérapie non-directive : Exposé général*, tome 1, 4<sup>e</sup> éd. Montréal: Institut de recherches psychologiques, 334 p.
- Rouleau, Yves. 1961. « Considérations sur la psychiatrie dans l'hôpital général », *Laval Médical*, vol. 31, no 1, p.60-73
- Rouleau, Yves, Guy Paradis et Jules Lambert. 1957. « La thérapeutique d'occupation dans un hôpital psychiatrique », *Laval médical*, vol. 24, no 1, p.26-31.
- Sangowicz, J., et J. Gauthier. 1956. « Résumé d'une étude clinique sur pacatal et médoprine portant respectivement sur 40 cas », *L'Union médicale du Canada*, tome 85, p.1170-1171.
- Sarwer-Foner, G.J., et W. Ogle. 1955. « The Use of Reserpine in an Open Psychiatric Setting », *Canadian Medical Association journal*, vol. 73, no 3, p.187-191.
- Saucier, Jean. 1955. « Le service de neuropsychiatrie d'un hôpital général », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol. 1, no 4, p.24-29.
- Saucier, Jean. 1956. « La psychiatrie et la tolérance qu'elle inspire », *L'Union médicale du Canada*, tome 85, p.1301-1312.
- Schaller, Jean-Pierre. 1962. « États pathologiques et vie spirituelle », *Laval médical*, vol. 33, no 1, p.52-55.
- « Service d'hygiène mentale à l'hôpital général d'Ottawa ». *L'Union médicale du Canada*. 1952. Tome 81, p.1360.
- « Services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux ». *L'Union médicale du Canada*. 1951. Tome 80, p.1385.
- « Société canadienne de psychanalyse ». *L'Union médicale du Canada*. 1953. Tome 82, p.1415.
- « Société canadienne de psychanalyse ». *L'Union médicale du Canada*. 1954. Tome 83, p.100-102.
- « Société canadienne de psychanalyse ». *L'Union médicale du Canada*. 1954. Tome 83, p.1066.
- Société canadienne de psychologie, *Canadian journal of Psychology*, Toronto, 1950-1962

- « Société canadienne d'études et de recherches psychiatriques ». *L'Union médicale du Canada*, 1958. Tome 87, p.494.
- Sœur Marie-De-La-protection. 1957. « Le sens du malade pour une religieuse hospitalière », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol. 3, no 7, p.17-21.
- Sœur St-Ferdinant. 1955. « L'infirmière psychiatrique », *L'Hôpital d'aujourd'hui*, vol.1, no 6, p.49-50.
- Stevenson, G.H., et H. D. Wilson. 1951. « Clinical Results of Prefrontal Lobotomy (Leucotomy) », *Canadian Medical Association journal*, vol. 64, no 3, p.222-224.
- « Subvention à l'hygiène pour une enquête sur la maladie mentale ». *L'Union médicale du Canada*. 1961. Tome 90, p.1432.
- Thomson, P.G. 1957. « The subnormal child », *Canadian Medical Association journal*, vol. 76, no 6, p.506-510.
- « Tranquillizer Trend ». *Canadian Medical Association journal*. 1960. Vol. 83, no 25, p.1327-1328.
- Tyndel, M. 1957 « Ataractic Drugs in the Psychiatric Hospital », *Canadian Medical Association journal*, vol. 76-2, no 2, p.582-583.
- Vasquez, Julio. 1953. Compte-rendu de l'ouvrage de J. Angel, « La thérapeutique par le sommeil », *La Revue Lyonnaise de Médecine*, vol.1, no 297, 8 novembre 1952, dans *L'Union médicale du Canada*, tome 82, p.333-334.
- Voyer, Victorin, Roger Racine et Monique Waterkeyn. 1957. « Insulinothérapie avec alidase en plusieurs injections », *L'Union médicale du Canada*, tome 86, p.861-865.
- Zarfás, D.E. 1962. « Mental Retardation Today », *Canadian Medical Association journal*, vol. 87, no 9, p.479-485.

## 2. Études et Monographies

- Beudet, Céline. 1976. *Évolution de la psychiatrie anglophone au Québec, 1880-1963 : Le cas de l'Hôpital de Verdun*. Québec : Institut supérieur des sciences humaines. Université Laval, 126 p.
- Boudreau, Françoise. 1981. « La psychiatrie québécoise depuis 1960: de structure en structure, la loi du plus fort est-elle toujours la meilleure? », *Santé mentale au Québec*, vol. VI, no 2, p.27-47.

- Boudreau, Françoise. 2003. *De l'asile à la santé mentale : les soins psychiatriques : histoire et Institutions*, 2<sup>e</sup> éd. Montréal: Éditions Saint-Martin, 338 p.
- Bourque, Gilles et Jules Duchastel avec la collaboration de Jacques Beauchemin et Pierre Plante. 1988. *Restons traditionnels et progressifs : pour une nouvelle analyse du discours politique : le cas du régime Duplessis au Québec*. Montréal: Boréal, 399 p.
- Bourque, Gilles, Jules Duchastel et Jacques Beauchemin. 1994. *La société libérale duplessiste : 1944-1960*. Coll. « Politique et économie. Études canadiennes ». Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 435 p.
- Canguilhem, Georges. 1979. *Le normal et le pathologique*, 4<sup>e</sup> éd. Paris : Presses universitaires de France, 224 p.
- Cellard, André. 1991. *Histoire de la folie au Québec: de 1600 à 1850 : "le désordre"*. Montréal : Boréal, 280 p.
- Cellard, André et Marie-Claude Thifault. 2007. *Une toupie sur la tête : visages de la folie à Saint-Jean-de-Dieu*. Montréal : Boréal, 324 p.
- Charles, Aline, François Guérard et Yvan Rousseau. 2003. «L'Église, les assureurs et l'accès aux soins hospitaliers au Québec, 1939-1960», *Études d'histoire religieuse*, volume 69, 2003, p.29-49.
- Courteau, Bernard. 1989. *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis-H.-Lafontaine : évolution historique de l'hôpital psychiatrique de Montréal*. Montréal : Éditions du Méridien, 210p.
- Dorvil, Henri. 1987. « Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine », *Santé mentale au Québec*, vol. 12, no 1, p.79-89.
- Dorvil, Henri. 1988. *Histoire de la folie dans la communauté 1962-1987 : de l'Annonciation à Montréal*. Montréal : Éditions Émile-Nelligan, 280 p.
- Dorvil, Henri. 2002. « La désinstitutionnalisation: du fou de village aux fous des villes », *Bulletin d'histoire politique*, vol.10, no 3, p.88-104.
- Dupont, Jean-Claude. 2001. «Psychopharmacologie», In *Nouvelle encyclopédie de bioéthique : médecine, environnement, biotechnologie*. sous la dir. de Gilbert Hottois et Jean-Noël Missa avec la collaboration de Marie-Geneviève Pinsart et Pascal Chabot, p.686-692. Bruxelles : De Boeck Université.
- Fecteau, Jean-Marie. 2003. «L'enfance en difficulté aux XIXe siècle et dans les premières années du XXe siècle: les implications d'un regard sur les cas-limite», *Le temps de l'Histoire*, no 5, p. 237-250.



- Foucault, Michel. 1961. *Folie et déraison : histoire de la folie à l'âge classique*, éd. abrégée. Paris : Union générale d'éditions, 308p.
- Grob, Gerald N. 1983. *Mental Illness and American Society: 1875-1940*. Princeton (N.J.) : Princeton University Press, 428 p.
- Guérard, François. 1996. *Histoire de la santé au Québec*. Coll. « Collection Boréal Express ». Montréal : Boréal, 123 p.
- Henderson, Claire et Graham Thornicroft. 1997. «Le statut de la désinstitutionnalisation en Grande-Bretagne», *Santé mentale au Québec*, vol. 22, no 2, p.88-114.
- Keating, Peter. 1993. *La science du mal : l'institution de la psychiatrie au Québec, 1800-1914*. Montréal: Boréal, 208 p.
- Lambert, Jules. 1995. *Mille fenêtres*. Beauport (Qué) : Centre hospitalier Robert-Giffard, 209p.
- Lecompte, Yves. 1988. «Le processus de désinstitutionnalisation aux États-Unis (première partie)», *Santé mentale au Québec*, vol. 13, no 1, p.34-47.
- Lecompte, Yves. 1988. «Le processus de désinstitutionnalisation aux États-Unis (deuxième partie)», *Santé mentale au Québec*, vol. 13, no 2, p.35-52.
- Lecompte, Yves. 1997. «De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec», *Santé mentale au Québec*, vol. 22, no 2, p.7-24.
- Linteau, Paul-André, René Durocher, Jean-Claude Robert et François Ricard. 1989. *Histoire du Québec contemporain*, nouv. éd. refondue et mise à jour, tome 2. Montréal (Qué) : Boréal Express, 834 p.
- Moran, James E. 2000. *Committed to the State Asylum : Insanity and Society in Nineteenth-Century Quebec and Ontario*. Montréal : McGill-Queen's University Press, 226 p.
- Moran, James E. et David Wright (dir. publ.). 2006. *Mental Health and Canadian Society : Historical Perspectives*. Montreal : McGill-Queen's University Press, 266 p.
- Nootens, Thierry. 2007. *Fous, prodiges et ivrognes: familles et déviance à Montréal au 19e siècle*. Montréal et Kingston : McGill-Queen's University Press.
- Postel, Jacques, et Claude Quétel (dir. publ.). 1994. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, 2<sup>e</sup> éd. Rev. et augm. Paris : Dunod, 647 p.
- Reaume, Geoffrey. 2000. *Remembrance of Patients Past : Patient Life at the Toronto Hospital for the Insane, 1870-1940*. Don Mills (Ont) : Oxford University Press Canada, 362 p.

- Scull, Andrew T. 1977. « Madness and Segregative Control », *Social Problem*, vol. 24, no 3, p.337-351.
- Szasz, Thomas Stephen. 1976. *Idéologie et folie : essais sur la négation des valeurs humanistes dans la psychiatrie d'aujourd'hui*. Coll. « Perspectives critiques ». Paris : Presses universitaires de France, 311 p.
- Tourney, Garfield. 1967. « A History of Therapeutic Fashions in Psychiatry 1800-1966 », *American Journal Psychiatry* : vol.24, no.6, p.784-796.
- Vaillancourt, Yves. 1988. *L'évolution des politiques sociales au Québec, 1940-1960*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 513 p.
- Vanier, Claude.1996. « Virage ambulatoire en psychiatrie au Québec : plus de trente ans d'histoire », *Santé mentale au Québec*, vol. 21, no 1, p.53-59.
- Wallot, Hubert.1988. «Pour un bilan de services psychiatriques et de santé mentale au Québec», *Santé mentale au Québec*, vol. 13, no 2, p.21-34.
- Wallot, Hubert. 1998. *La danse autour du fou : entre la compassion et l'oubli : survol de l'histoire organisationnelle de la prise en charge de la folie au Québec depuis les origines jusqu'à nos jours*, tome 1. Beauport (Qué) : Publications MNH, 456 p.
- Wallot, Hubert. 2001. « Évolution des services psychiatriques au Québec ». Chap. in *Psychiatrie Clinique : une approche bio-psycho-sociale*, 3<sup>e</sup> éd., tome 2, sous la dir. de Pierre Lalonde, Frédéric Grunberg et Jocelyn Aubut, p.1908-1923. Boucherville (Qué), Gaëtan Morin.